

le panorama
des établissements
de *santé*

édition 2010



le panorama
des établissements
de *santé*

édition 2010

Le panorama des établissements de santé édition 2010

Sous la coordination de
Albane Exertier et Christelle Minodier

Liste des personnes ayant participé au panorama

Séverine Arnault, Johanne Aude, Audrey Baillot, Mhenni Ben Yaala, Nicolas Blanchard, Fabienne Coquelet, Franck Evain, Albane Exertier, Annie Fénina, Élodie Kranklader, Marie-Anne Le Garrec, Isabelle Leroux, Catherine Mermilliod, Marie-Claude Mouquet, Frédéric Tallet, Willy Thao Khamsing, Éric Thuaud, Hélène Valdelièvre, Vanessa Vanrossemagnani, Annick Vilain, Engin Yilmaz.

Directrice de la publication : Anne-Marie Brocas

Édition : Nadine Gautier

Maquette : Thierry Betty

DREES
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75014 Paris
Tél. : 01 40 56 81 28
Internet : [www.sante.gouv.fr/
direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees,5876.html](http://www.sante.gouv.fr/direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees,5876.html)

SOMMAIRE

LE PANORAMA DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ • édition 2010

AVANT-PROPOS

DOSSIERS

- À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? 9
- Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ? 29

FICHES

1 • Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel	43
2 • Données de cadrage	53
• Les grandes catégories d'établissements de santé	54
• Les capacités d'accueil à l'hôpital	56
• L'activité en hospitalisation complète et partielle	58
• Les autres prises en charge hospitalières	60
• Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens	62
• Les internes dans les établissements de santé	64
• Sages-femmes et personnels non médicaux salariés	66
• Les salaires dans le secteur hospitalier	68
• Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités	70
3 • Médecine, chirurgie et obstétrique	73
• Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités	74
• Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle	76
• Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours	78
• La spécialisation en médecine	80
• La spécialisation en chirurgie	82
• La spécialisation en obstétrique	84
4 • Les plateaux techniques	87
• L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux	88
• L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif	90

5 • Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière	93
• La lutte contre les infections nosocomiales	94
• La naissance : les maternités	96
• La naissance : caractéristiques des accouchements	98
• La médecine d'urgence	100
• Les établissements ayant une activité de psychiatrie et leurs structures	102
• L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé	104
• Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie	106
• Les structures d'hospitalisation à domicile	108
• Les patients hospitalisés à domicile	110
• Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)	112
• La patientèle d'hospitalisation complète des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)	114
• Les interruptions volontaires de grossesse en établissement	116
• Les dépenses de médicaments dans les établissements de santé	118
6 • La situation économique du secteur	121
• La part des établissements de santé dans la consommation de soins	122
• Disparités territoriales des dépenses de soins hospitaliers de court séjour	124
• La situation économique et financière des cliniques privées	126
• La situation économique et financière des hôpitaux publics	128
7 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé	131
SIGLES UTILISÉS	137

Communiqué

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.gouv.fr/la-direction-generale-de-l-offre-de-soins.html>

AVANT-PROPOS

Le *Panorama des établissements de santé* propose chaque année une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. Pour la présente édition, ce sont les données de 2008 qui sont traitées.

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), les soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR) et l'hospitalisation à domicile (PMSI-HAD), ainsi que des données comptables des hôpitaux publics et des cliniques privées. Les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY), collectés par la DREES en 2009 sur l'activité de l'année 2008 auprès des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, ainsi que les Déclarations annuelles de données sociales (DADS) complètent également les sources mobilisées pour la réalisation de cet ouvrage.

À travers trente-six fiches synthétiques, accompagnées d'illustrations, de tableaux, de cartes et de graphiques, l'ouvrage 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, les soins de suite et de réadaptation ainsi que la médecine d'urgence. Il propose également des éléments de cadrage économiques et financiers. Les principales définitions nécessaires à la compréhension du texte sont rappelées dans chaque fiche et les références bibliographiques les plus pertinentes dans les domaines abordés y sont également rapportées pour que le lecteur cherchant à en savoir plus puisse s'y référer.

Cette édition rénovée s'enrichit désormais de dossiers permettant d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier.

L'édition 2010 propose deux dossiers consacrés, d'une part, aux temps d'accès aux soins en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et, d'autre part, à la prise en charge à l'hôpital des populations en situation de précarité.

Le dossier consacré aux temps d'accès aux soins de courte durée vise à enrichir la connaissance de l'accessibilité aux différents services de santé sur le territoire. Ce dossier montre ainsi que les temps de parcours effectués par les patients pour se faire soigner dans les établissements de santé de court séjour sont relativement faibles au regard de la rareté de ce type d'évènement : près de 30 % des patients sont hospitalisés à moins de 10 minutes de chez eux et près de 50 % à moins de 20 minutes. Ce sont assez logiquement les prises en charge hospitalières fréquentes et bénignes qui sont réalisées au plus proche du domicile, notamment dans les centres hospitaliers, alors que les hospitalisations pour des pathologies complexes ou rares peuvent avoir lieu assez loin du lieu de résidence, dans les centres hospitaliers régionaux ou universitaires plus précisément. Si l'on s'intéresse aux disparités territoriales, les disparités interrégionales apparaissent bien moindres que les disparités infra-régionales. C'est donc bien au sein des régions que se joue la réduction des inégalités d'accès aux soins.

Le dossier sur la prise en charge des populations en situation de précarité à l'hôpital a pour but de mesurer l'influence de cette précarité sur la durée de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Les conditions d'accueil de ces populations et le financement de celles-ci sont un objet de débat récurrent, notamment depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Dans cette étude, quatre dimensions ont été retenues pour définir la précarité : isolement social, qualité du logement, niveau de revenu, accès aux droits. L'effet de la précarité sur la durée de séjour est étudié « toutes choses égales par ailleurs » et notamment à *case-mix* identique. L'articulation de ces différentes dimensions a permis d'identifier celles influençant davantage les durées de séjour. Ainsi, les durées de séjour sont plus élevées pour des patients précaires (+16 %), et en particulier pour des patients isolés socialement (+17 %), c'est-à-dire ayant des besoins d'assistance ou de soins d'hygiène, et pour des patients mal logés (+17 %). Un faible revenu n'influence pas à lui seul la durée de séjour. En revanche, un faible revenu associé à de mauvaises conditions de logement augmente significativement la durée de séjour (+24 %).

Dossiers

À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ?

Franck EVAIN (DREES)

La mise en place des agences régionales de santé (ARS), créées par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), a renforcé le besoin de connaissances sur l'accessibilité aux différents services de santé. En effet, les ARS doivent définir des projets régionaux de santé pour améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et lutter contre les inégalités de santé. Cet ancrage territorial des politiques doit permettre de mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux. L'accessibilité aux services de santé recouvre plusieurs notions : l'accessibilité géographique, l'accessibilité financière, l'accessibilité temporelle une fois prises en compte les files d'attente. L'accessibilité géographique peut également être définie de deux façons différentes : l'accessibilité géographique théorique, c'est-à-dire la distance à l'équipement le plus proche, et l'accessibilité géographique effective, c'est-à-dire la distance effectivement parcourue par un patient pour se faire soigner. L'étude de la fréquentation effective des hôpitaux de court séjour montre que près de 30 % des patients sont hospitalisés à moins de 10 minutes de chez eux et près de 50 % à moins de 20 minutes. Ces distances apparaissent plutôt faibles au regard de la rareté de l'évènement que constitue une hospitalisation. Ce sont assez logiquement les prises en charge hospitalières fréquentes et bénignes qui sont réalisées au plus proche du domicile alors que les hospitalisations pour des pathologies complexes ou rares peuvent avoir lieu assez loin du lieu de résidence. Si l'on s'intéresse aux disparités territoriales, les disparités interrégionales apparaissent bien moindres que les disparités infrarégionales. C'est donc bien au sein des régions que se joue la réduction des inégalités d'accès aux soins.

En France métropolitaine (hors Corse) (voir encadré 1), la moitié des patients hospitalisés en court séjour le sont à moins de 21 minutes de trajet de leur domicile. Un quart le sont à moins de 9 minutes (1^{er} quartile) et un quart à plus de 37 minutes (3^e quartile). Les 10 % de temps de trajet les plus longs sont supérieurs à 63 minutes. Ces temps de trajet correspondent à la distance effectivement parcourue par les patients hospitalisés (distance routière en temps entre leur commune de résidence et la commune d'implantation de l'établissement de santé dans lequel ils sont pris en charge) et non à la distance théorique la plus courte.

En 2008, le nombre de patients hospitalisés en France métropolitaine en médecine, chirurgie et obstétrique est évalué à 10,3 millions, ce qui représente 16 millions de séjours en hospitalisation complète ou partielle, certains patients étant hospitalisés plusieurs fois. Ainsi, seulement 16 % de la population française connaît une hospitalisation en médecine, chirurgie ou obstétrique au moins une fois dans l'année. Sur l'ensemble d'une vie, le nombre de séjours d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique est de 20 en moyenne pour les hommes et de 23,5 pour les femmes¹. Les temps de parcours moyens doivent être appréciés au regard

1. Le calcul de ce nombre moyen d'hospitalisations, comparable à celui de l'espérance de vie, se fait en appliquant à la population des taux de recours par sexe et par âge. Cette population vieillissant d'année en année, le calcul se fait sur les individus « survivants », après application du taux de mortalité par âge.

ENCADRÉ 1 • Méthodologie

Attribution d'un code communal du patient pour chaque séjour

Dans le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information, qui recense pour sa partie MCO l'ensemble des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique) figure le code géographique de résidence du patient. Ce code correspond le plus souvent au code postal. Dans certains cas, cette affectation n'est pas possible, notamment parce que la taille de la commune n'est pas suffisante au regard des contraintes d'anonymat des données nécessaires au respect du secret médical (code postal regroupant moins de 1 000 habitants). Un code de regroupement est alors attribué.

À chaque séjour concernant un patient localisé par un de ces codes de regroupement, il a donc tout d'abord fallu affecter un « vrai » code postal. Pour cela, une méthode d'imputation aléatoire pondérée a été utilisée : pour un séjour avec un code de regroupement, une probabilité est attribuée à chaque code postal « potentiel » en fonction de sa taille en nombre d'habitants, probabilité plus élevée quand la population est plus importante. Puis le tirage d'un nombre aléatoire permet de choisir l'un de ces codes postaux, avec logiquement une plus forte probabilité d'être sélectionné pour celui possédant le plus grand nombre d'habitants.

Une fois chaque séjour associé à un vrai code postal, cette opération d'imputation est répétée pour attribuer à tous un code communal. De la même manière, on réalise un tirage aléatoire à probabilités inégales en fonction des populations des différentes communes au sein d'un même code postal. De la sorte, plus une commune est peuplée pour un même code postal, plus la probabilité que le séjour y soit affecté est élevée.

Les habitants de Paris, Lyon et Marseille sont localisés dans leur arrondissement de résidence étant donné que chaque arrondissement correspond à un code postal et communal propre.

Code communal de l'établissement

Cette information figure dans l'enquête SAE (Statistique annuelle des établissements de santé). Un appariement entre les deux sources, PMSI et SAE, permet donc de localiser chaque établissement du PMSI par son code communal.

Calcul de distance

Le logiciel Odomatrix (Odomatrix, INRA UMR1041 CESAER, d'après IGN Route500®, BD ALTI 500®, RGC®), développé par l'INRA, permet le calcul de distances à partir de deux codes communaux. Ces distances sont calculées à vol d'oiseau, en kilomètres-route, et en temps de trajet (aux heures creuses et aux heures de pointe). C'est cette dernière que nous utilisons ici, en faisant la moyenne entre le temps en heures creuses et celui en heures de pointe. Les patients et les établissements sont localisés au centre-ville de leur commune (généralement la mairie) et non à l'adresse exacte. Les patients qui vont se faire soigner dans leur commune de résidence se voient ainsi affecter un temps de trajet nul. Les temps de déplacement sont par ailleurs calculés en faisant l'hypothèse que l'ensemble des déplacements se font par route. Pour certains patients qui n'ont d'autre choix que d'utiliser des modes de transport publics, les temps de trajet peuvent ainsi être sous-estimés.

Champ

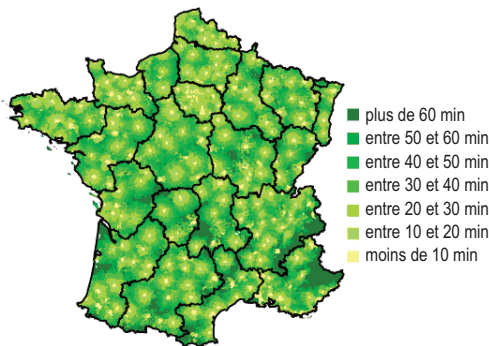
Pour certains séjours, la distance n'a pas pu être calculée. Outre les quelques codes géographiques du PMSI erronés, cela a aussi été le cas des séjours dans les DOM ou des séjours de résidents des DOM en France métropolitaine. Le problème se pose également pour les séjours des corses sur le continent et ceux des continentaux en Corse. Sans oublier les étrangers hospitalisés sur le territoire français.

Par souci de cohérence, on se limite donc ici aux séjours des métropolitains (excepté les corses) en France métropolitaine, hors Corse. Par ailleurs, les séjours et les séjours des nouveau-nés n'ayant pas nécessité de soins ne sont pas pris en compte. Il en est de même pour les séjours dans les hôpitaux locaux (moins de 0,2 % des séjours), ceux-ci ne répondant pas de manière exhaustive au PMSI-MCO et les taux de réponse étant variables d'une région à l'autre. Au final, 15,7 millions de séjours en hospitalisation partielle et complète, disposant tous d'une distance « patient-établissement », sont ainsi utilisés.

de la rareté de l'événement que constitue une hospitalisation.

La représentation cartographique des temps de parcours médians des patients hospitalisés par commune (voir carte 1) permet de constater qu'il y a très peu de zones foncées, pour lesquelles ce temps est supérieur à une heure de trajet. Celles-ci correspondent d'ailleurs le plus souvent à des zones montagneuses (notamment celles des Alpes et du Massif Central). Les autres zones avec des temps de parcours élevés sont les Landes de Gascogne et l'aire située au carrefour des régions du Limousin, du Centre et de Poitou-Charentes, deux périmètres peu peuplés, qui ne remettent pas en cause la bonne adéquation entre la répartition de la population et la localisation des établissements de santé sur le territoire.

CARTE 1 • Temps de parcours médians des patients hospitalisés, selon la commune de résidence



Champ • France métropolitaine, hors Corse.
Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distancier Odomatix.

Près de chez soi pour des pathologies courantes, loin pour des pathologies rares

La moitié des accouchements réalisés à moins de 17 minutes du domicile

Sans rentrer à ce stade dans le détail des pathologies, des écarts sont observables selon la discipline (voir tableau 1). Les séjours obstétricaux, et notamment les accouchements, sont ceux pour lesquels le temps de parcours médian est le plus faible (17 minutes). C'est-à-dire que la moitié des patientes effectuent un trajet de moins de 17 minutes pour se rendre à l'hôpital et l'autre moitié, un trajet supérieur à 17 minutes. La diminution importante du nombre de maternités sur le territoire au cours des trente dernières années² a vraisemblablement eu pour conséquence d'augmenter ce temps médian. Toutefois, les accouchements sont aujourd'hui beaucoup mieux programmés et mieux organisés qu'il y a trente ans. Les temps de parcours des séjours médicaux sont eux du même ordre que les temps sur l'ensemble des séjours (21 minutes), tandis que les séjours chirurgicaux sont ceux pour lesquels les patients parcourent le chemin le plus long, en particulier s'ils sont pris en charge en hospitalisation complète (24 minutes).

Une analyse par type d'établissement montre que le temps de trajet des patients qui vont se faire hospitaliser dans les centres hospitaliers universitaires/centres hospitaliers régionaux (CHU/CHR) est le plus élevé (voir tableau 2). La plupart des pathologies lourdes ne pouvant être traitées que dans les CHU/CHR, certains patients doivent parcourir de longues distances pour y

TABEAU 1 • Quartiles des temps de parcours (en minutes) des patients hospitalisés selon la discipline et le mode de prise en charge

		Nombre de séjours	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile
Médecine	Hospitalisation complète	5 407 000	9	21	37
	Hospitalisation partielle	3 445 000	10	21	37
Chirurgie	Hospitalisation complète	3 551 000	11	24	43
	Hospitalisation partielle	2 045 000	10	22	36
Obstétrique	Hospitalisation complète	954 000	6	17	30
	Hospitalisation partielle	300 000	0	17	30
Ensemble		15 701 000	9	21	37

Champ • France métropolitaine, hors Corse.
Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distancier Odomatix.

2. Voir Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », *Les établissements de santé – Un panorama pour l'année 2007*, coll. « Études et statistiques », DREES.

TABLEAU 2 • Quartiles des temps de parcours des patients hospitalisés (en minutes) selon le statut de l'établissement

	Nombre de séjours	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile
CHU/CHR	3 547 000	11	29	56
CH	5 370 000	7	18	30
Établissements privés à but non lucratif	1 263 000	10	22	40
Cliniques privées	5 522 000	10	21	36
Ensemble	15 701 000	9	21	37

Champ • France métropolitaine, hors Corse.
Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distancier Odomatix.

être soignés. À l'inverse, les centres hospitaliers (CH) qui sont nombreux sur l'ensemble du territoire accueillent en majorité des patients atteints de pathologies bénignes. Les temps de trajet faibles qui y sont associés montrent qu'ils sont tout à fait dans leur rôle d'établissement de proximité.

Les centres hospitaliers au plus près des patients

Les vingt pathologies avec les temps de parcours médians les plus faibles (voir tableau 3) ont en commun d'être très fréquentes (4,2 millions de séjours au total) et souvent réalisées dans des centres hospitaliers. En calculant pour chacune de ces pathologies les parts de chaque type d'établissement et en faisant ensuite une moyenne sur les vingt produits, on obtient ainsi la répartition suivante : 22 % de ces vingt pathologies sont prises en charge par les CHU/CHR, 53 % par les CH, 6 % par les établissements privés à but non lucratif et 19 % par les cliniques privées. Les centres hospitaliers sont ainsi surreprésentés par rapport à leur poids dans l'activité hospitalière globale. Seules deux pathologies sur les vingt sont majoritairement traitées dans le secteur privé : les circoncisions et les endoscopies³.

Parmi les pathologies très fréquentes mais qui n'apparaissent pas dans ce « top 20 » des temps de parcours les plus faibles figurent notamment les cataractes (23 min), les chirurgies de la main et du poignet (24 min), les chirurgies majeures orthopédiques (24 min) et les amygdalectomies, végétations et drains trans-tympaniques (20 min). Ces quatre activités sont majoritairement traitées dans des cliniques privées. Ces établissements, bien qu'ayant des capacités d'accueil

inférieures à celles des centres hospitaliers, sont plus nombreux que les CH sur l'ensemble du territoire. On pourrait donc s'attendre à des temps de parcours légèrement plus faibles pour y accéder. Mais la plupart des cliniques privées sont très spécialisées sur quelques pathologies, à l'inverse des centres hospitaliers dont l'activité est beaucoup plus diversifiée⁴. Pour une pathologie donnée, le maillage du territoire par le secteur privé est donc moins fin que le maillage par les centres hospitaliers. D'où des distances logiquement plus faibles pour les pathologies traitées dans ces établissements généralistes.

Figurent également dans ce classement quelques pathologies assez peu fréquentes, avec un nombre de séjours inférieur à 50 000. Celles-ci, comme les troubles de l'équilibre (vertiges, étourdissements), les maladies virales (rougeole, varicelle, oreillons, etc.) ou les infections ORL (otites), sont rarement prises en charge à l'hôpital, d'où le faible nombre de séjours. Ces pathologies ne nécessitent pas de technicité particulière et sont donc dans de rares cas prises en charge dans l'hôpital le plus proche en alternative à une prise en charge en ville.

La prise en charge loin du domicile concerne les pathologies lourdes et rares

À l'autre extrémité du spectre se trouvent les vingt pathologies avec les temps de parcours médians les plus élevés (voir tableau 4). Il y a beaucoup plus de variabilité au sein de ces vingt produits qu'au sein des vingt avec les plus faibles distances. Ici, le temps de trajet médian varie par exemple du simple au double entre les poly-traumatismes et les transplantations.

3. Le nombre très élevé d'endoscopies relativement aux autres pathologies, conjugué au fait qu'elles sont très majoritairement réalisées dans le secteur privé à but lucratif conduirait à une prépondérance des cliniques calculée dans la prise en charge des vingt pathologies aux temps de parcours les plus faibles ; c'est pour pallier ce problème que les parts de chaque secteur ont été calculées pour chacune des pathologies. La moyenne de ces parts a ensuite été établie en affectant le même poids à chaque pathologie.
4. Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, octobre, DREES.

TABLEAU 3 • Quartiles des temps de parcours des patients hospitalisés (en minutes) pour les 20 pathologies avec les temps médians les plus faibles

Pathologies	Nombre de séjours	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile
Toxicomanies et alcoolisme	132 900	0	15	28
Interruptions de grossesse	243 100	0	16	29
Iatrogénie et intoxications médicamenteuses	128 100	0	16	28
Circoncisions	87 500	7	17	30
Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux	46 700	0	17	29
Névroses, psychoses	89 400	0	17	30
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool (séjours < 2 nuits)	108 900	0	17	30
Appendectomies	84 600	7	17	29
Accouchements par voie basse	612 300	6	17	29
Bronchites et asthme	181 800	6	18	30
Infections respiratoires	143 900	7	18	30
Infections ORL	42 600	0	18	31
Troubles de l'équilibre	16 300	5	18	31
Césariennes	154 400	7	18	30
Gastro-entérites et affections du tube digestif	386 600	6	18	31
Endoscopies (séjours < 2 nuits)	1 345 000	8	18	30
Hypertension artérielle	21 400	7	18	32
Affections de l' <i>ante partum</i>	174 400	5	18	31
Nouveau-nés de poids > 2 000 g	176 200	7	18	31
Maladies virales	12 800	7	18	32
Ensemble	4 188 900			

Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distantier Odomatix.

Ces vingt pathologies sont par ailleurs très peu fréquentes et le plus souvent traitées dans les CHU/CHR. En faisant la moyenne des vingt, les parts des différents types d'établissements sont les suivantes : 65 % sont prises en charge par les CHU/CHR, 7 % par les CH, 8 % par les établissements privés à but non lucratif et 19 % par les cliniques privées. Globalement, ces pathologies nécessitent des soins très complexes qui ne sont souvent disponibles que dans les CHU/CHR. Les patients n'ont donc d'autre choix que de parcourir des distances importantes pour se faire soigner.

Sur ces vingt pathologies aux temps de trajet les plus élevés, certaines ne sont toutefois pas traitées majoritairement dans les CHU/CHR. C'est le cas notamment de la chirurgie sur le rachis/moelle, prise en charge à hauteur de 56 % par les cliniques privées ou de la chirurgie ophtalmique lourde (44 %).

Par ailleurs, le caractère peu fréquent des pathologies avec des temps de trajet élevés se vérifie au-delà de ce

« top 20 ». Seuls les cathétérismes vasculaires et coronariens font exception à la règle. Ces séjours médicaux, pris en charge pour près de la moitié d'entre eux par des cliniques privées spécialisées, sont ventilés dans trois « produits OAP⁵ », qui totalisent à eux trois 341 000 séjours. Les temps médians associés à ces trois produits sont respectivement de 31 min pour les cathétérismes thérapeutiques avec endoprothèse, 32 min pour les cathétérismes diagnostiques et 35 min pour les cathétérismes thérapeutiques sans endoprothèse, des temps de trajet élevés pour des séjours aussi fréquents. Cependant, il s'agit là des seuls exemples de pathologies répandues (plus de 50 000 séjours) avec des temps de trajet médians supérieurs à 30 minutes.

Deux tiers des hospitalisations de court séjour à moins de 30 minutes du domicile

La proportion des séjours réalisés dans la commune de résidence (et pour lesquels le temps de trajet est com-

5. Outil d'analyse du PMSI, nomenclature réalisée par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Chaque groupe homogène de malades (GHM) y est classé selon son type (médical, chirurgical ou obstétrique) et la lourdeur des prises en charge qui le caractérise. 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.

TABLEAU 4 ● Quartiles des temps de parcours des patients hospitalisés (en minutes) pour les 20 pathologies avec les temps médians les plus élevés

Pathologies	Nombre de séjours	Premier quartile	Médiane	Troisième quartile
Polytraumatismes	6 600	18	37	68
Affections des nerfs périphériques	6 100	18	39	75
Chirurgies ORL majeures	18 800	19	41	77
Tumeurs malignes (peau, tissus mous)	1 300	17	41	78
Autres chirurgies ophtalmiques	15 300	22	46	89
Allogreffes de cornées	5 300	23	50	88
Chirurgies rachis/moelle	13 700	26	50	84
Chirurgies ophtalmiques lourdes	40 900	25	50	89
Autogreffes de cellules souches hématopoïétique	2 900	26	52	85
Chirurgies du système nerveux central pour traumatisme	4 300	27	54	86
Cathétérismes thérapeutiques vasculaires du système nerveux	3 800	27	55	91
Transplantations d'organes et surveillance (uro-néphrologie)	26 000	27	56	89
Pontages coronaires	15 200	28	56	92
Chirurgies du système nerveux central hors traumatisme	21 600	31	60	97
Chirurgies valvulaires	15 700	31	60	96
Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques	1 400	33	63	98
Pose stimulateur cérébral / médullaire	2 700	33	64	101
Transplantations d'organes et surveillance (cardiologie)	8 500	34	68	110
Transplantations d'organes et surveillance (digestif)	1 000	33	71	124
Transplantations d'organes et surveillance (pneumologie)	200	43	90	146
Ensemble	211 300			

Champ • France métropolitaine, hors Corse.
Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distancier Odomatix.

munément fixé à 0) est de 20 % toutes pathologies confondues (voir encadré 2). Elle est de 24 % pour les accouchements, 19 % pour les cataractes et 6 % pour les transplantations. Les distributions des temps de trajet (voir graphique 1) font apparaître deux profils très différents entre accouchements et cataractes d'une part et transplantations d'autre part : d'un côté, une proportion de temps nuls importante, le gros de la distribution sur un laps de temps assez court et une queue de distribution qui va très loin ; de l'autre côté, une masse en 0 bien plus faible et une distribution assez plate.

Les transplantations ont ici été regroupées et séparées des séjours pour « surveillance » post-opératoire, ces derniers étant des séjours médicaux effectués en ambulatoire, parfois longtemps après l'opération. Il reste ainsi 4 200 séjours pour transplantation, avec un temps de trajet médian de 61 minutes. Ce type d'activité de pointe est réalisé à hauteur de 97 % dans les CHU/CHR. Le temps médian correspond donc le plus souvent au temps nécessaire à un patient pour se rendre dans le

(ou l'un des) CHU/CHR de sa région de résidence, puisque 81 % des transplantés résident dans la même région que celle où ils sont hospitalisés. Parmi les 19 % restants, un tiers se fait opérer dans l'un des établissements de l'AP-HP. La répartition des patients transplantés par région de résidence est globalement proche de la répartition par région de l'ensemble de la population. Sauf pour les franciliens, qui représentent 19 % de la population mais 24 % des transplantés.

La distribution des temps de trajet peut également être représentée en cumulant les séjours (voir graphique 2). De cette manière, on peut par exemple facilement lire que 90 % des patients hospitalisés le sont à moins d'une heure du domicile et les deux tiers à moins de 30 minutes. Ou encore que 77 % des accouchements, 64 % des chirurgies de la cataracte et 26 % des transplantations sont réalisées à moins de 30 minutes de trajet du domicile du patient. À l'extrême, 3 % des accouchements, 10 % des cataractes, mais la moitié des transplantations se font à plus d'une heure du domicile.

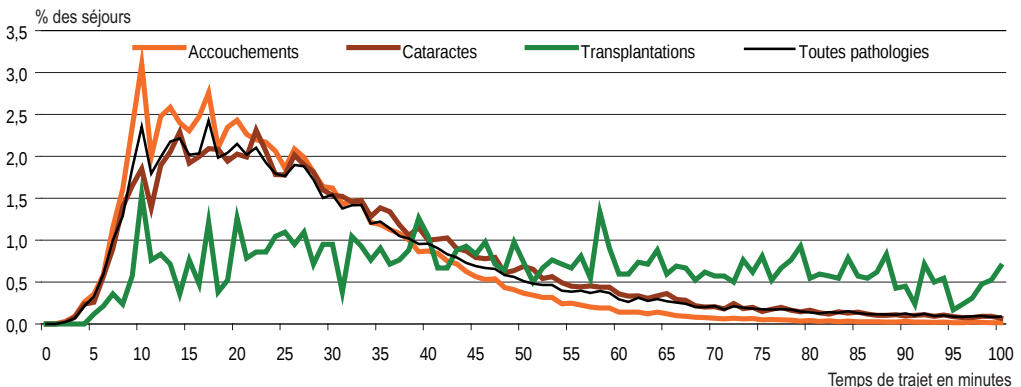
ENCADRÉ 2 • La part des patients hospitalisés dans leur commune

La part des patients hospitalisés dans leur commune de résidence est difficile à interpréter. Elle dépend en effet notamment de la manière dont ont été localisés les CHU, qui accueillent environ un quart des séjours. Ne disposant pas (sauf pour l'AP-HP) de la localisation des séjours par site géographique dans le PMSI, ces établissements multi-sites ont été situés dans la commune de leur entité juridique. Dans la plupart des cas, la commune du CHU correspond à la grande ville la plus proche et celle-ci ne comporte pas d'arrondissement permettant de localiser ses habitants.

De ce fait, on peut noter plusieurs cas particuliers :

- Les habitants de la ville de Lyon sont par exemple localisés par leur arrondissement de résidence. Or, le CHU de Lyon est lui-même situé dans le 2^e arrondissement. Les temps de trajet des habitants lyonnais vers le CHU sont ainsi le plus souvent calculés d'un arrondissement à l'autre. Ce qui explique que seulement 1 % des séjours ayant eu lieu au CHU de Lyon aient un temps de parcours égal à zéro.
- Il en est de même pour le CHU de Marseille, dont l'entité juridique est localisée dans le 5^e arrondissement de la ville (3 % de séjours avec un temps égal à zéro).
- Les entités juridiques des CHU de Grenoble et Bordeaux sont situées respectivement à La Tronche et Talence. Deux communes très proches de Grenoble et Bordeaux, mais cela conduit tout de même à affecter des temps de parcours légèrement positifs aux séjours des habitants grenoblois ou bordelais dans le CHU de leur ville. D'où seulement 1 % de temps nuls parmi les séjours du CHU de Grenoble et 2 % parmi ceux du CHU de Bordeaux.
- *A contrario*, si les parisiens sont eux aussi localisés par leur arrondissement de résidence, c'est également le cas des établissements de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris situés dans Paris. Pour ceux situés hors de Paris, on dispose également de la commune de l'établissement. D'où une proportion plus forte de séjours avec un temps nul (13 %).

GRAPHIQUE 1 • Distributions des temps de parcours des patients hospitalisés (en %), selon la pathologie

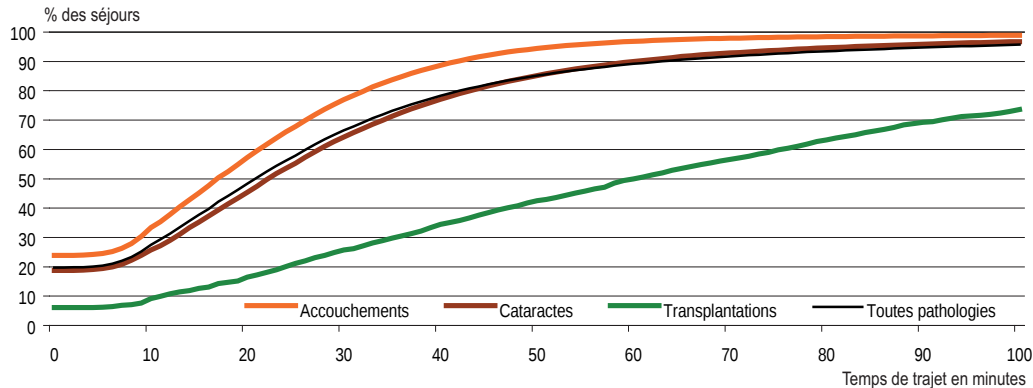


Note de lecture • 3 % des accouchements, 1,9 % des cataractes et 1,5 % des transplantations sont réalisés à 10 minutes de trajet du domicile. Les séjours réalisés dans la commune de résidence (temps de trajet nul par convention) ne sont pas représentés sur le graphique. Ils représentent 24 % des accouchements, 19 % des cataractes et 6 % des transplantations.

Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distancier Odomatix.

GRAPHIQUE 2 ● Distributions cumulées des temps de parcours des patients hospitalisés (en %), selon la pathologie



Note de lecture • 66 % des séjours toutes pathologies confondues sont pris en charge à moins de 30 minutes de trajet du domicile. C'est le cas de 77 % des accouchements, 64 % des cataractes et 26 % des transplantations.

Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distancier Odometrix.

Les disparités infrarégionales plus fortes que les disparités interrégionales

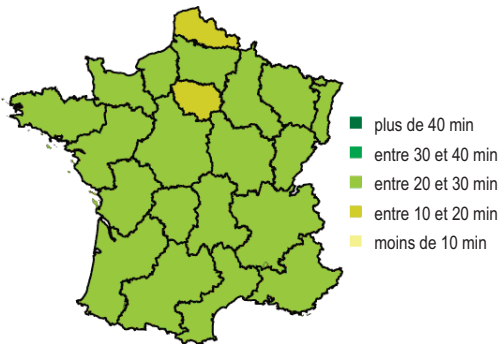
Des temps de trajet médians de 20 à 26 minutes pour la quasi-totalité des régions

Entre les régions, les écarts entre temps de trajet médians sont très faibles : 17 des 21 régions ont une médiane comprise entre 20 et 26 minutes (voir tableau 5). La médiane en Franche-Comté est toutefois deux fois supérieure à celle en Île-de-France (29 min contre 15 min). La représentation cartographique des temps médians par région avec les mêmes bornes que celles utilisées pour la carte par commune donne ainsi une impression de grande homogénéité, puisque toutes les régions sauf deux ont un temps médian compris entre 20 et 30 minutes (voir carte 2).

Le calcul du coefficient de variation⁶ sert à mesurer la dispersion relative des temps de trajet au sein de chaque région. S'il est calculé sur l'ensemble des séjours, cela conduit à des coefficients très élevés dans les régions dont une part des résidents part loin en vacances (Île-de-France) et à des coefficients plus faibles dans les régions dont les habitants partent moins loin (régions côtières notamment). Il est ainsi préférable de le calculer hors dernier décile, de manière à mesurer la disparité des temps de parcours hors potentiels vacanciers (voir encadré 3). Ainsi mesuré, il laisse apparaître peu d'écarts entre les régions puisqu'il varie dans une

fourchette comprise entre 73 et 96, ce qui traduit des dispersions de temps de trajet proches d'une région à l'autre. Sans pour autant que l'on puisse en déduire si ces dispersions sont faibles ou importantes. Il faut pour cela descendre au niveau du département.

CARTE 2 ● Temps de parcours médians des patients hospitalisés, selon la région de résidence



Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distancier Odometrix.

Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Alsace et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA) affichent les temps de trajet les plus courts

Par discipline, le classement des régions varie à la marge (voir annexe 1). Les deux régions dont le classement varie le plus selon la discipline sont le Languedoc-

6. Rapport entre la moyenne et l'écart type.

TABLEAU 5 • Quartiles des temps de parcours des patients hospitalisés, selon la région de résidence

	Nombre de séjours	Part des patients hospitalisés dans leur commune de résidence (en %)	Premier quartile (en minutes)	Médiane (en minutes)	Troisième quartile (en minutes)
Île-de-France	2 766 000	15	9	15	27
Nord-Pas-de-Calais	1 068 000	19	9	18	30
Alsace	488 000	28	0	20	33
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 355 000	28	0	20	38
Champagne-Ardenne	358 000	28	0	21	43
Basse-Normandie	368 000	18	10	22	36
Rhône-Alpes	1 458 000	15	12	22	37
Languedoc-Roussillon	687 000	26	0	23	37
Bourgogne	443 000	21	9	23	41
Haute-Normandie	456 000	20	11	23	40
Aquitaine	847 000	15	12	24	41
Bretagne	770 000	20	11	24	38
Picardie	488 000	21	10	24	39
Centre	633 000	17	12	24	41
Auvergne	332 000	18	10	26	43
Lorraine	644 000	16	11	26	43
Poitou-Charentes	478 000	18	13	26	44
Limousin	193 000	26	0	26	45
Pays de la Loire	845 000	22	12	26	41
Midi-Pyrénées	749 000	25	6	28	44
Franche-Comté	274 000	20	11	29	46
France métropolitaine	15 701 000	20	9	21	37

Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distancier Odomatix.

Roussillon et Champagne-Ardenne. Les temps de trajet médians sont proches entre ces deux régions pour les séjours médicaux et chirurgicaux, mais l'écart se creuse pour les séjours obstétricaux (20 min dans le Languedoc-Roussillon contre seulement 14 min en Champagne-Ardenne). Globalement, l'Île-de-France, le Nord-Pas-de-Calais, l'Alsace et PACA font toujours partie des régions avec les temps de trajet les plus courts, tandis que la Franche-Comté et Midi-Pyrénées s'adjugent toujours les temps de trajet les plus longs, quelle que soit la discipline.

À un niveau plus fin, par exemple pour les trois pathologies considérées plus haut (accouchements, cataractes et transplantations), le classement des régions varie logiquement davantage. Les temps de trajet les plus courts sont toujours l'apanage de l'Île-de-France. Mais concernant les cataractes par exemple, ce sont les habitants du Limousin qui effectuent les trajets les plus longs (médiane à 33 min). Et pour les transplantations, ceux de Poitou-Charentes (102 min), du Centre (107 min) et de Bourgogne (109 min) sont les seuls à avoir des temps médians de trajet supérieurs à 100 mi-

nutes. Les transplantés résidant dans ces trois régions sont allés pour 46 % d'entre eux se faire opérer dans une autre région que celle où ils résident, ce qui explique ces temps élevés. Cette proportion, qui est de 19 % pour l'ensemble des transplantations, varie d'ailleurs énormément selon la région de résidence. Elle n'est que de 2 % pour les habitants de Rhône-Alpes, 4 % pour les franciliens, 5 % pour les alsaciens, tandis que les picards vont, eux, se faire transplanter dans 50 % des cas dans une autre région et les bourguignons dans 70 % des cas.

Toutes pathologies confondues, le temps de trajet médian par type d'établissement varie également selon la région. Mais quelle que soit la région de résidence, le temps de trajet médian vers les centres hospitaliers est toujours plus faible que le temps de trajet médian vers les cliniques privées. Avec parfois un écart faible, comme en Languedoc-Roussillon (20 min pour les CH, 22 min pour les cliniques privées), et d'autres fois un écart beaucoup plus élevé, comme en Champagne-Ardenne (16 min contre 23).

L'homogénéité qui se dégage au niveau régional se retrouve-t-elle au niveau départemental ?

Les départements les plus peuplés sont souvent les mieux desservis

On observe davantage d'hétérogénéité entre les départements, y compris entre ceux d'une même région. Le département avec le temps de trajet médian le plus faible et celui avec le temps de trajet le plus élevé sont ainsi respectivement les Alpes-Maritimes et les Alpes-de-Haute-Provence (voir annexe 2), qui appartiennent tous deux à la région PACA et sont même limitrophes. La représentation cartographique reprenant les tranches de 10 minutes utilisées pour les régions met en évidence trois départements qui dépassent les 40 minutes de temps de trajet médian : les Alpes-de-Haute-Provence donc, mais aussi le Gers et la Lozère (voir carte 3). Ces trois-là se dissocient vraiment des autres puisque le temps le plus élevé après eux est de 36 minutes. De l'autre côté de la distribution figurent, outre les Alpes-Maritimes, les quatre départements formant la petite couronne de l'Île-de-France, ainsi que la Marne et le Territoire de Belfort. La moitié des trajets effectués par les habitants de ces départements sont inférieurs à 15 minutes. Il est à noter que les départements avec les plus faibles temps de trajet sont également – en dehors du Territoire de Belfort – les plus peuplés, ou du moins ceux dont les habitants effectuent le plus grand nombre de séjours. À l'inverse, rares sont les départements dont les habitants effectuent plus de 100 000 séjours parmi ceux aux temps de trajet élevés. Il y a donc un lien évident entre nombre d'habitants/de séjours et temps de trajet. Les cartes de déplacements de patients entre départements et de distances moyennes parcourues proposées par Expert A., Lè F. et Tallet F. (2009)⁷ concordent avec ce constat. Elles montrent notamment que les habitants

de départements possédant une importante offre hospitalière se déplacent nettement moins que ceux des départements moins bien pourvus. Ces derniers sont en général des départements plus ruraux et moins peuplés que les premiers. Néanmoins, les populations des départements ne suffisent pas à expliquer l'ensemble des écarts de temps de trajet. En effet, quelle différence existe-t-il entre les Hautes-Pyrénées et le Gers, deux départements limitrophes dont les habitants totalisent grosso modo le même nombre de séjours (60 000 contre 51 000), mais dont les temps de trajet vont du simple au double (respectivement 21 min contre 42 min) ? C'est ce que nous aborderons dans la troisième partie.

Des temps de trajet plus longs pour la chirurgie que pour la médecine dans quasiment tous les départements

Par discipline, les temps de trajet varient sensiblement. La carte des temps de trajet pour soins médicaux (voir carte 4) est très proche de celle obtenue toutes disciplines confondues (voir carte 3). On retrouve notamment les trois mêmes départements que précédemment dans la classe « 40 minutes ou plus ». L'écart maximal entre le temps de trajet global et le temps de trajet pour soins médicaux n'excède d'ailleurs les 3 minutes dans aucun des départements (voir annexe 3).

La carte des temps de trajet pour séjours chirurgicaux est plus foncée que les deux précédentes (voir carte 5). Huit départements ont ainsi des temps de parcours médians supérieurs ou égaux à 40 minutes et le temps médian le plus faible est de 14 minutes dans les Alpes-Maritimes et en Seine-Saint-Denis. Dans la grande majorité des départements, le temps de trajet pour

ENCADRÉ 3 • Les séjours à l'hôpital des vacanciers

Durant les mois de juillet et août, nombreux sont les Français qui quittent leur département de résidence. S'ils sont hospitalisés au cours de leurs vacances, il y a ainsi de fortes chances pour que la distance entre leur résidence et l'établissement de santé qui les accueille soit élevée. Tous patients confondus, la distance moyenne (en temps de trajet) parcourue pour accéder aux soins est de 16 % plus élevée en juillet-août que les dix autres mois de l'année. Dans les départements dont les habitants partent loin en vacances, cet écart peut être beaucoup plus important : 76 % pour les parisiens et les habitants des Hauts-de-Seine, 55 % pour ceux des Yvelines, 51 % pour ceux du Val-de-Marne, etc.

Toute distance moyenne de trajet pourrait donc s'avérer difficile à interpréter, en raison de ces flux estivaux. C'est entre autres pour neutraliser ces distances atypiques que nous utilisons ici la distance médiane. Pour les quatre départements cités ci-dessus, les écarts entre la distance médiane de juillet-août et la distance médiane des dix autres mois sont respectivement de 4 %, 8 %, 9 % et 3 %. Tous patients confondus, l'écart passe de 16 % avec la distance moyenne à 2 % avec la distance médiane.

7. Expert A., Lè F. et Tallet F., 2009, « Les disparités départementales des dépenses de santé », *Les comptes de la santé 2008*, DREES.

séjour chirurgical est supérieur au temps de trajet pour séjour médical. L'écart atteint son maximum dans l'Orne, département dont les habitants ne parcourent que 20 min de trajet médian pour un séjour médical, mais 32 min pour un séjour chirurgical.

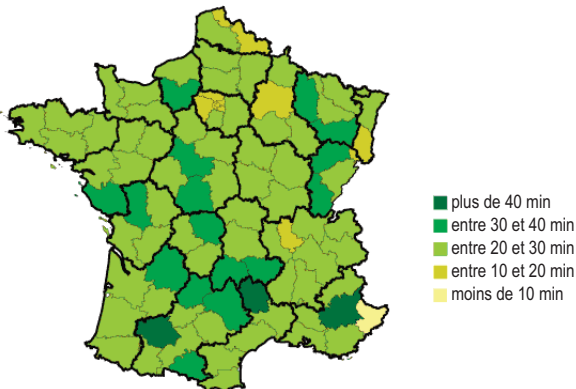
Pour l'obstétrique, les temps sont réduits dans tous les départements (voir carte 6). Le temps médian maximal est de 38 min dans le Gers, ce qui implique qu'aucun département ne figure dans la classe la plus foncée. À l'opposé, il est de 0 min pour deux départements, les Alpes-Maritimes et la Marne, ce qui signifie qu'au moins la moitié des habitants de ces deux départements vont se faire soigner pour raisons obstétricales dans leur commune de résidence.

Des disparités départementales qui s'expliquent notamment par la démographie et l'offre de soins

Un lien fort entre temps de trajet et densités de population et d'urbanisation

Comme vu précédemment, il y a un lien évident entre le nombre d'habitants d'une aire géographique et le temps parcouru par ces habitants pour se faire soigner. Les zones peu habitées, notamment montagneuses, ont les temps médians les plus élevés, à l'inverse des zones très peuplées dont les habitants effectuent des trajets beaucoup plus courts. Il existe toutefois des exemples

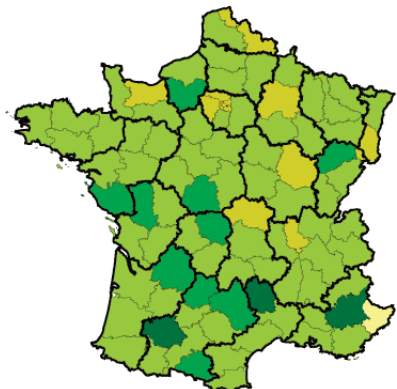
CARTE 3 • Temps de parcours médians des patients hospitalisés toutes disciplines confondues, selon le département de résidence



Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Disticier Odomatix.

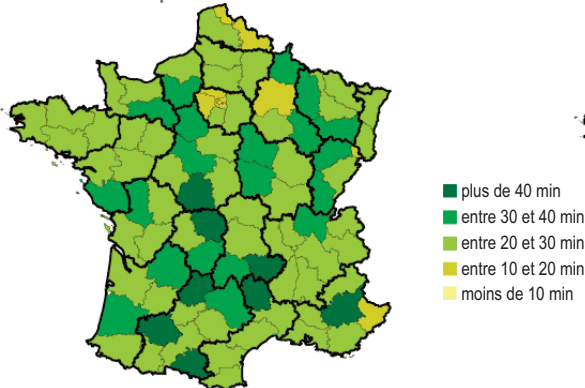
CARTE 4 • Temps de parcours médians des patients pour séjour médical, selon le département de résidence



Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Disticier Odomatix.

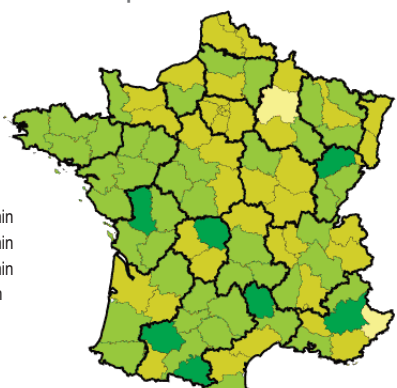
CARTE 5 • Temps de parcours médians des patients pour séjour chirurgical, selon le département de résidence



Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Disticier Odomatix.

CARTE 6 • Temps de parcours médians des patients pour séjour obstétrical, selon le département de résidence



Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Disticier Odomatix.

pour lesquels le seul nombre d'habitants ne suffit pas à expliquer le temps de trajet médian.

Revenons aux départements des Hautes-Pyrénées et du Gers, limitrophes, dont les habitants totalisent à peu près le même nombre de séjours hospitaliers, mais dont les temps de trajet médians varient du simple au double (respectivement 21 minutes et 42 minutes). Davantage que la population brute, des indicateurs de densité permettent d'apporter des éléments de réponse à cet écart : la part de la population urbaine⁸ notamment, qui s'élève à 60,8 % en Hautes-Pyrénées contre seulement 22,5 % dans le Gers ; et la densité en lits et places d'autre part (nombre de lits et places pour 100 km²), de 18,4 en Hautes-Pyrénées et 8,9 dans le Gers. Ainsi, les temps de trajet élevés dans le Gers semblent liés au clivage milieu rural/milieu urbain inaltérable, mais aussi à une moindre densité en capacités d'accueil.

La confrontation de la carte des temps de parcours médians par département (voir carte 3) avec celle de la part de la population urbaine (voir carte 7) permet de représenter le lien évident qui existe entre ces deux indicateurs. Le coefficient de corrélation⁹ qui les lie est de -0,73. Deux autres représentations graphiques sont également proches : la densité de lits et places au km² (voir carte 8) et la densité d'habitants au km² (voir carte 9). Les coefficients de corrélation avec les temps de parcours médians sont respectivement pour ces deux indicateurs de -0,56 et -0,53. De manière générale, une forte part de la population urbaine va de pair avec des temps de parcours faibles. Des densités de population et de capacités d'accueil importantes conduisent également à des trajets plus courts.

Les bornes des classes pour ces trois cartes « comparatives » ont été choisies de manière à ce que l'on ait autant de départements par classe que sur la représentation des temps de parcours médians. Sur chaque carte figurent ainsi par exemple trois départements de la couleur la plus foncée et soixante-trois de la couleur la plus répandue. De cette manière, on obtient notamment cinq régions pour lesquelles tous les départements sont de la même couleur sur chacune des quatre cartes : Bretagne, Picardie, Nord-Pas-de-Calais, Auvergne et Languedoc-Roussillon. Pour la Basse-Normandie et Rhône-Alpes, la symétrie est parfaite entre temps de parcours, densité de lits et places et densité de popula-

tion, mais la part de la population urbaine ne suit pas exactement le même découpage.

Par ailleurs, les trois départements avec des temps de parcours élevés mis en exergue plus haut sont également mis en évidence sur les cartes comparatives. Le Gers et la Lozère ont ainsi les taux de population urbaine les plus faibles de tous les départements (respectivement 22,5 % et 22,8 %). Et ce même département de la Lozère figure avec les Alpes-de-Haute-Provence dans le trio de tête des plus faibles densités en habitants (respectivement 14,9 et 22,7) et en nombre de lits et places au km² (5,5 et 6,9). Il faut toutefois rappeler que ces trois départements ne totalisent à eux trois que 420 000 habitants, soit 0,7 % de la population.

En comparaison, la Creuse, où ces trois indicateurs sont très faibles également, s'en sort plutôt bien avec un temps de parcours médian de « seulement » 32 minutes. C'est encore plus vrai pour les habitants des Hautes-Alpes, qui ont un temps de parcours médian très court (23 min) au regard d'une part de population urbaine très faible (50 %) et de densités de population (24,1) et de lits et places (10,3) extrêmement faibles. La prépondérance des zones montagneuses dans ce département confine toutefois la population et les structures d'accueil sur une superficie relativement restreinte. Les temps de trajet s'en trouvent ainsi réduits.

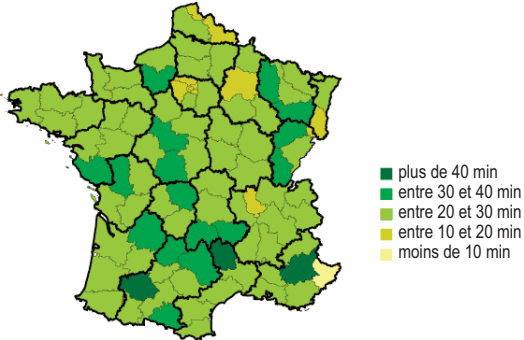
Les patients résidant dans le département d'implantation d'un CHU/CHR sont favorisés

L'une des caractéristiques des départements les plus urbanisés, denses en population et en capacités d'accueil est de posséder un CHU/CHR. Cette éventuelle présence d'un CHU/CHR dans le département contribue à réduire les temps de trajet des habitants du département, car pour soigner les pathologies complexes, ceux-ci n'ont la plupart du temps pas à se rendre dans un autre département. Ainsi, si l'on considère que l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) s'étend sur les départements de Paris, des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et de la Seine-Saint-Denis, la moyenne des temps médians atteint 21 minutes pour les habitants des départements possédant un CHU/CHR. Elle s'élève à plus de 26 minutes pour ceux qui ne disposent pas d'un CHU/CHR dans leur département de résidence. L'impact

8. Elle correspond au pourcentage de personnes habitant dans un espace urbain, c'est-à-dire, selon l'INSEE, dans un espace où les aires urbaines (pôle urbain et couronne périurbaine) sont soit contiguës, soit reliées entre elles par des communes multipolarisées (communes dont 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans l'aire urbaine).

9. Celui-ci a été calculé hors Île-de-France, tant les valeurs des différents indicateurs sont atypiques pour cette région.

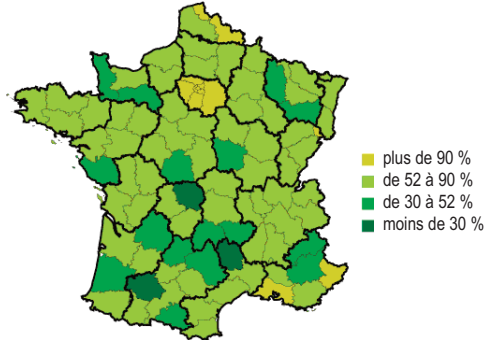
CARTE 3 ● Temps de parcours médians des patients hospitalisés, selon le département de résidence



Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distancier Odomatix.

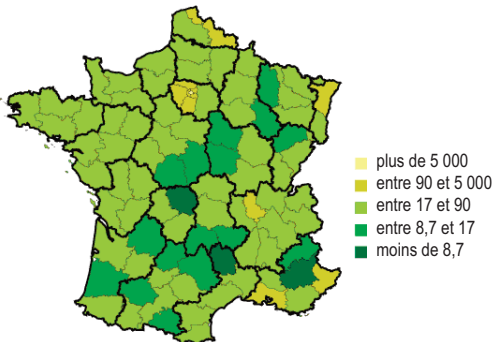
CARTE 7 ● Part de la population urbaine, selon le département (échelle inversée)



Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • INSEE, Recensement de la population 2006.

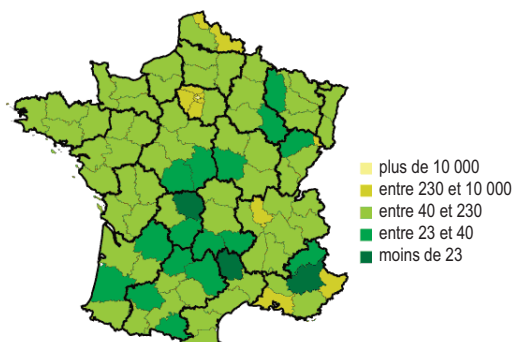
CARTE 8 ● Densité de lits et places d'hospitalisation (nombre pour 100 km²), selon le département (échelle inversée)



Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DREES, SAE 2008, données statistiques.

CARTE 9 ● Densité de population (nombre d'habitants au km²), selon le département (échelle inversée)



Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • Sources : INSEE, Population au 1^{er} janvier 2008.

de ces déplacements interdépartementaux vers les départements possédant des CHU/CHR¹⁰ peut se mesurer par le solde entre taux d'entrée (part des non-résidents du département venant s'y faire hospitaliser) et taux de sortie (part des résidents du département allant se faire hospitaliser dans un autre département) (voir carte 10).

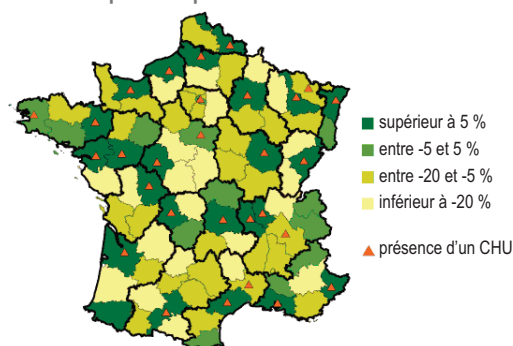
Parmi les départements possédant des CHU/CHR (triangle orange sur la carte), seuls le Finistère (CHU de Brest),

la Moselle (CHR de Metz), le Loiret (CHR d'Orléans), l'Isère (CHU de Grenoble) et le Gard (CHU de Nîmes) ont ainsi des soldes inférieurs à 5 %. *A contrario*, seuls les départements du Territoire de Belfort et des Pyrénées-Atlantiques ont des soldes supérieurs à 5 % sans posséder de CHU/CHR¹¹. Les CHU attirent donc inévitablement des patients venant d'autres départements et permettent de réduire les temps de trajet des habitants des départements dans lesquels ils sont situés.

10. Ces flux interdépartementaux, évalués en termes de consommations de soins, sont analysés en détail dans Expert A., Lê F. et Tallet F., 2009, « Les disparités départementales des dépenses de santé », *Comptes de la santé 2008*, DREES, et Lê F. et Tallet F., 2010, « Disparités territoriales des dépenses de santé : le rôle des facteurs de demande et d'offre de soins », *Comptes de la santé 2009*, DREES.

11. Les établissements les plus importants de ces deux départements sont le CH de Belfort (plus de 850 lits et places MCO) et les CH de Pau et de Bayonne pour les Pyrénées-Atlantiques (environ 500 lits et places MCO chacun).

CARTE 10 ● **Solde des flux départementaux**
(taux d'entrée - taux de fuite)
pour hospitalisation



Champ • France métropolitaine, hors Corse.
Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008.

Conclusion et perspectives

D'une manière générale, les temps de parcours effectués par les patients pour se faire soigner dans les établissements de santé de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) sont faibles au regard de la rareté de ce type d'évènement. Pour la moitié des patients, ce temps est inférieur à 21 minutes. Pour les trois quarts d'entre eux, il est inférieur à 37 minutes. Le temps de trajet médian varie selon la discipline de prise en charge et est notamment faible pour les séjours obstétricaux (accouchements, interruptions de grossesse). De manière plus large, il est faible pour les patients atteints d'une pathologie bénigne et élevé pour ceux souffrant de pathologies complexes. Les premiers vont majoritairement se faire soigner dans des centres hospitaliers, tandis que les seconds n'ont d'autre choix que de se rendre dans un centre hospitalier universitaire ou régional, souvent plus éloigné. Les temps de trajet sont ainsi plus courts vers les CH que vers les CHU/CHR, tandis que les temps de parcours vers les cliniques privées se situent entre les deux. Ceci confirme le rôle d'établissement de proximité des CH.

Au niveau géographique, il y a peu d'écart entre les régions, même si les habitants d'Île-de-France et du Nord-Pas-de-Calais effectuent globalement des trajets plus courts que ceux de Franche-Comté ou de Midi-Pyrénées. L'hétérogénéité s'observe davantage entre les départements, y compris parfois ceux d'une même région. Les temps de parcours sont ainsi plus faibles dans les départements très urbanisés, denses en population et en lits et places et plus élevés dans les départements ruraux, peu peuplés et moins bien fournis en capacités d'accueil par habitant. Par ailleurs, les centres hospita-

liers universitaires ou régionaux jouent un rôle de pôle d'attraction, notamment pour les pathologies complexes. Les temps de trajet des habitants des départements qui en disposent s'en trouvent réduits, au contraire de ceux des résidents des autres départements, qui doivent changer de département pour y accéder.

L'importance des inégalités infrarégionales relativement aux inégalités interrégionales se retrouve également au niveau de l'offre de soins ambulatoires. En utilisant les bassins de vie - maille plus petite que la région, mais mieux adaptée à la question de la répartition des professionnels libéraux -, on constate en effet que pour tous les professionnels de santé libéraux, sauf les infirmiers, les inégalités de répartition comportent une composante infrarégionale majoritaire.

Pour prolonger cette étude, il pourrait être intéressant de comparer les distances effectivement parcourues par les patients hospitalisés aux distances théoriques les plus faibles. Il y a en effet fort à penser que fréquentation effective et accessibilité théorique ne coïncident pas. L'influence de la distance varie en fonction de l'utilité que la personne attribue au lieu vers lequel elle se déplace ou peut se déplacer. Le choix d'un individu en matière de recours hospitalier n'est pas nécessairement celui du service le plus proche. Il est basé sur le rapport entre la distance, la qualité des services offerts, l'accessibilité, la réputation, etc. Il serait ainsi utile de mesurer les écarts entre distances théorique et effective et d'en connaître les principaux déterminants.

Bibliographie

- Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas V., Marcoux L., à paraître, « Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 31 décembre 2006 », DREES-IRDES.
- Expert A., Lè F. et Tallet F., 2009, « Les disparités départementales des dépenses de santé », *Les comptes de la santé 2008*, DREES.
- Lè F. et Tallet F., 2010, « Disparités territoriales des dépenses de santé : le rôle des facteurs de demande et d'offre de soins », *Les comptes de la santé 2009*, DREES.
- *Les établissements de santé - Un panorama pour l'année 2007*, DREES, 2010
- Phibbs C. S., Luft H.S., 1995, « Correlation of travel time on roads versus straight line Distance », *Medical Care Research and Review* Vol. 52, n° 4, December.
- Tonnellier F., Lucas V., 1995, « Distance d'accès aux soins en 1990 », rapport n° 1098, CREDES.

ANNEXE 1 ● **Temps de parcours médians des patients hospitalisés (en minutes), selon la discipline et la région de résidence**

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Ensemble
Île-de-France	15	16	13	15
Nord-Pas-de-Calais	18	19	15	18
Alsace	18	22	15	20
Provence-Alpes-Côte d'Azur	20	21	18	20
Champagne-Ardenne	21	24	14	21
Basse-Normandie	21	24	18	22
Rhône-Alpes	21	23	19	22
Languedoc-Roussillon	23	23	20	23
Bourgogne	22	26	19	23
Haute-Normandie	23	25	21	23
Picardie	23	27	18	24
Aquitaine	24	25	20	24
Bretagne	23	26	22	24
Centre	23	27	19	24
Auvergne	24	27	21	26
Lorraine	24	28	23	26
Poitou-Charentes	25	28	24	26
Limousin	26	28	19	26
Pays de la Loire	26	28	24	26
Midi-Pyrénées	28	29	25	28
Franche-Comté	28	30	25	29
France métropolitaine	21	23	17	21

Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distancier Odomatrix.

ANNEXE 2 ● Quartiles des temps de parcours des patients hospitalisés, selon le département de résidence					
	Nombre de séjours	Part des patients hospitalisés dans leur commune de résidence (en %)	Premier quartile (en minutes)	Médiane (en minutes)	Troisième quartile (en minutes)
Alpes-Maritimes	299 000	47	0	9	28
Paris	526 000	23	7	13	21
Seine-Saint-Denis	370 000	17	8	13	25
Hauts-de-Seine	356 000	18	8	13	23
Marne	144 000	40	0	13	35
Val-de-Marne	318 000	14	8	15	25
Territoire de Belfort	33 000	31	0	15	27
Val-d'Oise	274 000	13	9	16	29
Nord	684 000	22	8	17	28
Haut-Rhin	201 000	27	0	17	30
Yvelines	321 000	13	9	18	31
Rhône	402 000	11	12	19	28
Essonne	292 000	9	13	20	36
Pas-de-Calais	384 000	14	10	20	33
Calvados	161 000	22	8	20	29
Côte-d'Or	136 000	25	0	20	35
Pyrénées-Atlantiques	162 000	22	8	20	33
Bas-Rhin	287 000	28	0	20	35
Allier	95 000	18	6	20	38
Seine-et-Marne	309 000	10	11	21	39
Bouches-du-Rhône	555 000	20	10	21	34
Seine-Maritime	314 000	25	0	21	35
Haute-Savoie	158 000	13	12	21	37
Haute-Vienne	91 000	36	0	21	40
Indre-et-Loire	146 000	18	11	21	34
Gironde	381 000	13	11	21	38
Hautes-Pyrénées	60 000	23	8	21	38
Côtes-d'Armor	161 000	13	13	22	37
Meurthe-et-Moselle	206 000	15	10	22	38
Var	280 000	24	8	22	50
Loiret	157 000	17	13	22	37
Hérault	271 000	30	0	22	33
Aube	82 000	19	11	22	43
Loire	187 000	31	0	22	37
Aisne	153 000	21	10	23	42
Gard	184 000	26	0	23	40
Pyrénées-Orientales	120 000	22	11	23	33
Charente-Maritime	176 000	20	11	23	41
Orne	85 000	19	9	23	52
Aude	93 000	25	7	23	48
Vaucluse	138 000	25	6	23	40
Ille-et-Vilaine	204 000	23	11	23	38
Morbihan	183 000	16	12	23	37
Oise	190 000	16	13	23	42
Saône-et-Loire	152 000	21	9	23	42
Savoie	98 000	21	8	23	46
Hautes-Alpes	38 000	31	0	23	55
Isère	284 000	10	14	24	40

ANNEXE 2 • Quartiles des temps de parcours des patients hospitalisés, selon le département de résidence (suite et fin)

	Nombre de séjours	Part des patients hospitalisés dans leur commune de résidence (en %)	Premier quartile (en minutes)	Médiane (en minutes)	Troisième quartile (en minutes)
Eure-et-Loir	108 000	11	10	24	41
Drôme	116 000	21	4	24	41
Maine-et-Loire	181 000	24	9	25	38
Mayenne	73 000	20	10	25	44
Somme	145 000	27	0	25	38
Manche	122 000	13	12	25	43
Cher	80 000	24	9	25	45
Puy-de-Dôme	142 000	21	10	26	37
Charente	92 000	7	15	26	46
Vienne	119 000	26	0	26	40
Moselle	270 000	17	11	26	43
Loire-Atlantique	296 000	25	0	26	38
Finistère	222 000	25	5	26	39
Lot-et-Garonne	91 000	18	12	26	43
Haute-Garonne	308 000	34	0	26	38
Yonne	95 000	18	11	26	46
Nièvre	60 000	19	10	26	53
Sarthe	139 000	27	0	27	41
Tarn	103 000	23	12	27	40
Ardennes	81 000	20	12	27	52
Ardèche	78 000	11	13	27	54
Ain	133 000	8	15	28	47
Tarn-et-Garonne	69 000	23	13	28	42
Landes	105 000	12	15	29	49
Doubs	113 000	25	0	29	42
Corrèze	65 000	22	11	29	52
Haute-Marne	52 000	23	10	29	56
Loir-et-Cher	81 000	14	13	30	48
Vosges	110 000	14	15	30	59
Jura	64 000	18	12	30	52
Meuse	58 000	15	14	30	58
Cantal	39 000	18	12	30	75
Vendée	155 000	12	18	32	48
Creuse	37 000	9	19	32	64
Haute-Loire	55 000	9	16	32	57
Aveyron	70 000	17	13	32	60
Eure	142 000	10	20	33	47
Ariège	42 000	9	19	34	74
Deux-Sèvres	92 000	16	20	34	51
Dordogne	109 000	12	17	35	59
Haute-Saône	63 000	6	22	36	52
Lot	47 000	14	18	36	59
Indre	63 000	19	13	36	72
Gers	51 000	10	28	42	63
Lozère	19 000	14	22	42	105
Alpes-de-Haute-Provence	45 000	18	22	43	88
France métropolitaine	15 701 000	20	9	21	37

Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distancier Odomatix.

**ANNEXE 3 • Temps de parcours médians des patients hospitalisés (en minutes),
selon la discipline et le département de résidence**

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Ensemble
Alpes-Maritimes	9	14	0	9
Marne	13	17	0	13
Seine-Saint-Denis	13	14	10	13
Paris	12	15	10	13
Hauts-de-Seine	13	15	10	13
Territoire de Belfort	14	19	10	15
Val-de-Marne	15	15	12	15
Val-d'Oise	16	16	12	16
Nord	17	19	14	17
Haute-Vienne	21	22	14	21
Vaucluse	23	24	14	23
Haut-Rhin	16	20	15	17
Bas-Rhin	20	23	15	20
Aube	23	23	15	22
Hautes-Pyrénées	20	25	15	21
Savoie	22	27	15	23
Yvelines	18	18	16	18
Essonne	20	21	16	20
Côte-d'Or	19	22	16	20
Allier	19	23	16	20
Var	23	23	16	22
Lot-et-Garonne	26	29	16	26
Rhône	18	20	17	19
Calvados	19	20	17	20
Haute-Savoie	20	22	17	21
Seine-et-Marne	21	22	17	21
Aude	22	24	17	23
Loiret	21	25	17	22
Saône-et-Loire	22	27	17	23
Oise	23	27	17	23
Nièvre	25	30	17	26
Pas-de-Calais	20	21	18	20
Loire	20	22	18	22
Gironde	21	22	18	21
Meurthe-et-Moselle	20	24	18	22
Eure-et-Loir	21	30	18	24
Ardennes	25	31	18	27
Corrèze	28	31	18	29
Orne	20	32	18	23
Seine-Maritime	20	22	19	21
Hérault	22	22	19	22
Drôme	24	25	19	24
Cher	25	27	19	25
Pyrénées-Atlantiques	20	20	20	20
Bouches-du-Rhône	20	21	20	21
Aisne	22	26	20	23
Hautes-Alpes	21	27	20	23

ANNEXE 3 ● Temps de parcours médians des patients hospitalisés (en minutes),
selon la discipline et le département de résidence (suite et fin)

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Ensemble
Indre-et-Loire	21	21	21	21
Pyrénées-Orientales	23	22	21	23
Côtes-d'Armor	21	24	21	22
Charente-Maritime	22	24	21	23
Gard	23	25	21	23
Isère	24	25	21	24
Somme	24	27	21	25
Tarn	27	27	21	27
Mayenne	24	28	21	25
Manche	25	28	21	25
Loir-et-Cher	29	34	21	30
Aveyron	31	35	21	32
Ille-et-Vilaine	22	25	22	23
Morbihan	23	25	22	23
Puy-de-Dôme	25	26	22	26
Charente	24	28	22	26
Ardèche	27	29	22	27
Haute-Marne	28	31	22	29
Indre	34	40	22	36
Maine-et-Loire	25	25	23	25
Vienne	25	26	23	26
Vosges	28	34	23	30
Cantal	29	34	23	30
Haute-Garonne	26	27	24	26
Ain	27	30	24	28
Dordogne	35	38	24	35
Haute-Loire	29	40	24	32
Finistère	26	27	25	26
Sarthe	25	28	25	27
Landes	28	30	25	29
Yonne	25	31	25	26
Jura	29	33	25	30
Vendée	31	35	25	32
Loire-Atlantique	26	26	26	26
Moselle	26	28	26	26
Eure	31	38	26	33
Doubs	29	28	27	29
Tarn-et-Garonne	28	28	28	28
Meuse	28	35	28	30
Lot	34	40	29	36
Creuse	31	40	31	32
Ariège	34	45	31	34
Haute-Saône	34	38	32	36
Deux-Sèvres	34	38	32	34
Lozère	42	42	32	42
Alpes-de-Haute-Provence	42	47	32	43
Gers	41	42	38	42
France métropolitaine	21	23	17	21

Champ • France métropolitaine, hors Corse.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008 ; Distancier Odomatix.

Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ?

Engin YILMAZ et Denis RAYNAUD (DREES)

Cette étude a pour but de mesurer l'influence de la précarité sur la durée de séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Elle fait suite à une enquête spécifique sur la précarité dans les établissements de santé participant à l'étude nationale de coût à méthodologie commune (ENCC) qui a été menée en novembre et décembre 2008 à l'initiative de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Quatre dimensions ont été retenues pour définir la précarité : isolement social, qualité du logement, niveau de revenu, accès aux droits. L'effet de la précarité sur la durée de séjour est étudié « toutes choses égales par ailleurs » et notamment à case-mix identique. L'articulation des différentes dimensions a permis d'identifier celles influençant davantage les durées de séjour.

Les résultats mettent en évidence un allongement des durées de séjour pour des patients précaires (+16 %), et en particulier pour des patients isolés socialement (+17 %), c'est-à-dire ayant des besoins d'assistance ou de soins d'hygiène, et pour des patients mal logés (+17 %). Un faible revenu n'influence pas à lui seul la durée de séjour. En revanche, un faible revenu associé à de mauvaises conditions de logement augmente significativement la durée de séjour (+24 %).

Les conditions d'accueil des populations en situation précaire à l'hôpital et le financement de celles-ci sont un objet de débat récurrent, particulièrement dans les pays qui ont mis en place un système de paiement prospectif à l'activité. En effet, plusieurs études internationales, en Belgique et aux États-Unis, ont mis en évidence un allongement significatif des durées de séjour pour les patients en situation de précarité (Epstein *et al.*, 1990, Clozon *et al.*, 1998). L'accueil de ces populations conduirait donc à une augmentation des durées moyennes de séjour (DMS), et donc des coûts.

Or, un système de paiement prospectif ne valorise pas financièrement le temps supplémentaire que requiert la

prise en charge de cette catégorie de patients et des financements additionnels (sous forme de missions d'intérêt général – MIG – en France) complètent généralement le dispositif.

Mesurer l'effet de la précarité sur les durées de séjour : que sait-on ?

En France, certaines études ont abouti à des résultats similaires à ceux des études internationales. Ainsi, une étude réalisée sur les patients des établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a mis en évidence une durée moyenne de séjour (DMS) des

patients en situation précaire supérieure à celle des autres patients, à *case-mix*¹ identique (Holstein *et al.*, 2009). Toutefois, dans cette étude, la précarité a été appréciée par des critères administratifs propres au système d'information de l'AP-HP ; ce système permet ainsi de distinguer les patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle de base et complémentaire (CMU-C), de l'aide médicale d'État (AME), de l'aide médicale soins urgents (AMESU) ainsi que l'absence de domicile fixe, mais ne permet pas d'identifier l'isolement social. À pathologie, classe d'âge et sexe identiques, les résultats ont montré un impact différencié de chacun des indicateurs sur la durée de séjour, allant de 5 % pour l'indicateur CMU à 20 % pour la variable sans domicile fixe (SDF). Il semble difficile de généraliser les résultats de cette étude obtenus sur la seule région Île-de-France. Par ailleurs, les systèmes d'information actuels ne permettent pas de conduire une telle étude sur l'ensemble du territoire.

Une étude réalisée à l'hôpital Lariboisière (établissement appartenant à l'AP-HP) a tenté d'appréhender l'impact de la prise en charge de la précarité au moyen d'une enquête *ad hoc* (Castiel *et al.*, 2006). Les auteurs de cette étude font plutôt référence à la notion de « handicap social », introduite par la loi du 19 novembre 1974². La précarité a été abordée à l'aide d'un questionnaire rempli par tous les patients. Les auteurs notent qu'à travers ce terme, « la précarité ne se limite pas à la seule mesure du revenu et son éventuel caractère aléatoire, mais elle concerne d'autres facteurs ». Ils ajoutent que « le concept de handicap social retrace le désavantage, qui peut d'ailleurs n'être qu'une situation de passage (temporaire) et non pas un stigmate porté à vie, comme peut l'être le handicap physique ou mental ». Malgré l'intérêt de cette approche, il nous semble là encore difficile, pour des raisons essentiellement de moyens, de reproduire ce genre d'enquête à un niveau national permettant la généralisation des résultats.

À un niveau national, les travaux réalisés par la mission PMSI du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur des données de 1998 ont aussi montré que la précarité était un facteur d'allongement des durées de séjour et plus généralement générateur de surcoût, ceci indépendamment de l'éventail de cas traités (Maty *et al.*, 2002). Dans ces travaux, la précarité a été repérée, à partir d'une en-

quête menée par les personnels hospitaliers, sur la base de marqueurs de précarité qui sont intégrés dans le système d'information hospitalier. La précarité a été définie suivant trois critères : financier, social et environnemental. Les résultats ont mis en évidence qu'à groupes homogènes de malades (GHM) identiques, les patients en situation précaire auraient en moyenne une durée de séjour supérieure de 36 % à celle des non précaires. Ces résultats ont aussi montré que cet effet de la précarité est beaucoup plus marqué pour les patients isolés socialement. Toutefois, une des variables retenues pour définir la précarité, celle tenant à l'isolement social (« sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat ») pose un problème d'endogénéité susceptible de majorer l'allongement de la durée de séjour. En effet, cette variable traduit par construction une durée de séjour élevée pas forcément liée à la situation de précarité.

Ces différentes études mettent en évidence la grande variabilité des définitions de la précarité qui peuvent être utilisées. Il est donc nécessaire de clarifier le concept de précarité dans un contexte où l'on cherche à mesurer son effet sur la durée de séjour à l'hôpital.

La précarité, une notion plus large que la pauvreté monétaire

Un phénomène multidimensionnel

La précarité est une notion complexe, multidimensionnelle, qui ne saurait se réduire à la seule dimension économique. Une définition de la précarité souvent mobilisée est celle du père Joseph Wresinski³ : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. »

1. Le *case-mix* correspond à l'éventail de l'activité des établissements décrit à partir des groupes homogènes de malades (GHM).

2. Loi n° 74-955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale, du code du travail ainsi que l'article 51 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

3. Fondateur d'ATD (Aide à toute détresse) Quart Monde, mouvement créé en 1957.

Une autre définition de la précarité retenue dans le rapport Lebas (1998) insiste sur l'impact que peut avoir le cumul des différentes dimensions de la précarité. Ainsi, « la précarité est un processus et non un état – éventuellement réversible – où le cumul des handicaps économiques et sociaux, des difficultés des conditions de vie et de ruptures biographiques de tous ordres, est susceptible d'entraîner des situations de pauvreté effective, voire d'exclusion irréversible ».

Ces deux définitions insistent beaucoup sur le caractère multidimensionnel de la précarité (économique, social, familial, etc.). Toutefois, elles sont difficiles à traduire dans des indicateurs opérationnels d'un point de vue pratique permettant d'appréhender au plus près les différentes dimensions de la précarité.

Ainsi, dans l'objectif de pouvoir construire des indicateurs simples et opérationnels permettant de mesurer la précarité à l'hôpital, une étude préliminaire qualitative sur la prise en charge de la précarité au sein des établissements de santé a été réalisée par une équipe de chercheurs à l'initiative de la DREES (Maric *et al.*, 2008).

La précarité au sein des établissements de santé, quels critères retenir ?

La notion de précarité retenue dans la présente étude est issue des conclusions de cette dernière étude dont l'objectif était double : dans un premier temps, il s'agissait de revenir sur la notion de précarité afin de mieux la définir et de l'identifier, puis dans un second temps, il s'agissait de faire apparaître les différents types de surcoûts liés à la prise en charge de cette patientèle.

Pour répondre à cet objectif, l'étude s'est appuyée à la fois sur une revue de littérature et sur une enquête qualitative menée auprès du personnel de trois établissements de santé situés en Île-de-France. Parmi ces trois établissements, deux d'entre eux appartiennent au secteur public et le troisième au secteur privé à but lucratif. Au sein de chaque établissement, une dizaine de personnes ressources ont été rencontrées individuellement : chefs de service et personnels de direction, médecins, cadres de santé, personnels soignants, personnels administratifs et assistantes sociales. L'intérêt des différents entretiens était de faire préciser au personnel interrogé les définitions de la précarité et les critères d'identification d'un patient précaire, les facteurs et l'identification des surcoûts liés à la précarité, les types de personnes dont la situation pouvait générer des surcoûts, mais aussi les organisations (officielles ou *ad hoc*) susceptibles d'intervenir et les

moyens mis en œuvre pour une meilleure prise en charge de tels patients.

À partir de ces différents entretiens dans les établissements de santé, les auteurs ont conclu qu'il était possible de caractériser la précarité à partir de quatre dimensions : l'isolement social, la qualité du logement, le niveau de revenu et l'accès aux droits (affiliation à un régime d'assurance maladie, à la CMU-C, à l'AME). L'analyse des entretiens a révélé que ces quatre facteurs auraient un impact important sur quatre postes de coût : soins de *nursing*, accompagnement social, durée de séjour, degré de sévérité ou de gravité de la pathologie. En effet, le temps de « travail social » matérialisé par un temps d'écoute et de dialogue accru pour les patients en situation de précarité et le problème de l'insuffisance des structures d'aval conduiraient à un allongement de la durée moyenne de séjour, en particulier pour les patients dans les situations les plus précaires, isolés, sans domicile fixe ou ayant des conditions de logement dégradées. La précarité liée au logement serait aussi un facteur d'allongement des durées moyennes de séjour dans la mesure où le patient doit attendre de trouver un foyer d'accueil ou une institution médico-sociale pour pouvoir sortir. Par ailleurs, les personnes en situation de précarité sont moins susceptibles d'être prises en charge en ambulatoire (hospitalisation partielle) en raison de leur isolement social les privant d'aide à la sortie de l'hôpital ou en raison de conditions d'hébergement incompatibles avec les soins.

Ces travaux qualitatifs ont donc défini quatre dimensions de la précarité susceptibles d'augmenter la durée de séjour en établissement de santé. Des indicateurs ont ensuite été définis afin de collecter des informations relatives à ces quatre dimensions dans les systèmes d'information hospitaliers.

Un recueil de l'information sur la précarité basé sur le PMSI

Le recueil de l'information sur la précarité a été organisé à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information hospitalier des établissements de santé (PMSI). Cette base décrit l'activité de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique – MCO) et renseigne, pour chaque séjour, à la fois des informations sur les caractéristiques des patients (âge, sexe, lieu de résidence, etc.) et des informations sur le séjour. Ces dernières se répartissent en deux catégories : médicales (diagnostics, actes réalisés pendant le séjour, etc.) et administratives (dates et modes d'entrée et de sortie, provenance, des-

tion, etc.). Produit à la sortie du patient, le compte-rendu de son hospitalisation détermine le classement du séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM).

À l'aide du chapitre XXI⁴ de la classification internationale des maladies (CIM), qui décrit notamment sur le plan médical toutes les admissions complètes en médecine, chirurgie et obstétrique, le PMSI permet aussi de caractériser la précarité selon la définition retenue. Ce

chapitre est habituellement rarement renseigné. En effet, le caractère non classant de ces codes sur le GHM explique leur faible utilisation par les établissements. C'est pourquoi, dans le cadre de cette étude spécifique, il a été demandé aux établissements, pendant une période de deux mois en fin d'année 2008, de rechercher systématiquement l'existence de onze indicateurs de précarité du chapitre XXI chez les patients hospitalisés en MCO et de les coder comme diagnostics associés signi-

ENCADRÉ 1 • Méthodologie

Sources et champ

Les données utilisées proviennent du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) en médecine, chirurgie et obstétrique. Afin de recueillir au mieux les informations sur les séjours des personnes en situation de précarité par le biais des codes de la classification internationale des maladies (CIM), une enquête spécifique auprès des établissements de santé a été menée en novembre et décembre 2008. Des consignes de codages ont ainsi été fournies aux établissements. Ces consignes ont été définies par la DREES en collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui en a informé les établissements. Il a été décidé de solliciter ceux participant à l'étude nationale de coût. Ceci permettra dans une étude ultérieure d'étudier le lien entre la précarité et les coûts tels qu'ils sont mesurés par l'étude nationale de coût à méthodologie commune (ENCC).

Notre étude s'appuie donc sur les données des résumés de sorties anonymisées (RSA) des 99 établissements de santé participant à l'étude nationale des coûts de 2008 en France métropolitaine. Parmi ces établissements, certains n'ont pas participé à ce recueil, ou l'ont fait de manière incomplète. Ces derniers n'ont donc pas pu être pris en compte dans l'étude. Au final, nous avons retenu 27 établissements sur 99. Cet échantillon, à défaut d'être représentatif, recouvre à la fois les trois statuts juridiques (public, privé à but lucratif, privé à but non lucratif) et des petits et grands établissements. Par ailleurs, l'échantillon constitué respecte une certaine diversité géographique.

Préparation des données

Notre analyse étant centrée sur la durée de séjour, les séjours et les séjours appartenant à la CM24, c'est-à-dire les séjours de moins de 48 heures ainsi que les séjours non groupés, ont été éliminés.

D'autre part, après avoir supprimé les séjours atypiques présentant des durées extrêmes (1 % de l'échantillon) et les GHM dont l'effectif des séjours précaires (ou non précaires) était inférieur à 15, l'analyse a été restreinte à 180 GHM sur 629 GHM. Les 180 GHM retenus représentent 65 % des séjours en population générale en 2008¹.

L'échantillon retenu dans ce cas précis comporte 57 175 séjours. Les séjours de personnes en situation de précarité représentent 11,9 % des séjours de cet échantillon, soit 6 800 séjours.

La base de données disponible contient à la fois des caractéristiques socio-économiques du séjour (âge et sexe du patient, situation de précarité) et des caractéristiques médicales mesurées par le GHM.

Chaque séjour peut être marqué par un ou plusieurs marqueurs de précarité. Deux types d'indicateurs ont ainsi été construits. D'une part, la construction d'un indicateur de précarité global a permis d'appréhender le phénomène dans son ensemble. Ainsi, un séjour sera qualifié de précaire s'il présente au moins un des codes de précarité retenus. D'autre part, en complément de cet indicateur global, ont été construits des indicateurs de précarité plus fins prenant en compte la (ou les) dimension(s) de la précarité présente(s) et leurs éventuelles articulations. En effet, au sein d'un même séjour, plusieurs dimensions peuvent se mêler et il était important d'isoler les effets propres de chaque dimension et de prendre en compte leurs articulations potentielles. L'objectif ici est d'identifier le degré de contribution de chaque dimension de la précarité et d'analyser le cas échéant le cumul des différentes dimensions de la précarité.

1. Sources : PMSI 2008 exhaustif (ATIH).

4. Ce chapitre correspond aux facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé.

ficatifs grâce aux codes issus de la classification internationale des maladies correspondants (voir encadré 1). Ces onze codes ont été choisis afin de renseigner les quatre dimensions de la précarité (voir tableau 1).

La précarité sociale

Les informations sur les relations sociales regroupent à la fois celles sur l'éducation (analphabétisme et faible niveau éducatif, acculturation), sur la situation familiale (famille monoparentale par exemple) et sur l'isolement social. Ces différentes situations pourraient induire un allongement des durées de séjour. L'analphabétisme ainsi que le faible niveau d'éducation induiraient par exemple un temps d'explication plus long lors de la consultation.

Quant à l'isolement social, il se caractérise par le besoin d'assistance et de soins d'hygiène et par le besoin d'assistance à domicile. Ces deux caractéristiques pourraient générer un accompagnement et des soins de *nursing* plus importants. Ainsi, la première situation insiste sur les besoins d'hygiène du patient à son admission (hors personnes dépendantes). Utiliser ce code reviendrait à capter une population marginalisée et isolée. La deuxième situation ferait plutôt référence aux personnes seules et dépendantes ayant besoin d'une assistance à domicile au moment de l'admission.

La précarité liée au logement

La précarité liée au logement est analysée suivant deux cas : les sans-abri et les personnes vivant dans des lo-

gements inadéquats. Si la notion de sans-abri est facilement repérable (absence d'adresse), celle de logement inadéquat est sujette à discussion. Le logement inadéquat fait référence, dans notre étude, aux caravanes, mobile homes, squats, hébergements provisoires ou aux conditions de logement dégradées (absence de chauffage ou d'eau courante).

La précarité monétaire

La précarité monétaire a été abordée à la fois d'un point de vue statique et dynamique. D'un point de vue statique, la précarité monétaire se définit par un faible revenu (bénéficiaires de la CMU-C, du revenu minimum d'insertion [RMI] - ou de l'allocation parent isolé [API]). Dans une perspective dynamique, elle comprend aussi les personnes se déclarant, au moment de l'hospitalisation, au chômage depuis plus d'un an sans interruption. Ainsi, cette dernière caractéristique décrit le risque de perte de revenu lié à une période de chômage prolongée. Le choix de cette définition du chômage de longue durée au sens de l'INSEE⁵ se justifie dans la mesure où les perspectives de retour à l'emploi sont plus faibles et que les risques de précarité monétaire sont plus élevés.

La précarité liée à l'accès aux droits

La dernière dimension de la précarité fait référence aux personnes n'ayant pas de couverture sociale obligatoire ou aux bénéficiaires de l'AME.

TABEAU 1 • Les marqueurs de la précarité

Dimensions de la précarité	Codes CIM
Sociale	Z55.0 Analphabétisme et faible niveau éducatif
	Z60.3 Difficultés liées à l'acculturation
	Z60.1 Situation parentale atypique
	Z74.1 Besoin d'assistance et de soins d'hygiène
	Z74.2 Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins
Logement	Z59.0 Sans abri
	Z59.1 Logement inadéquat
Monétaire	Z59.5 Pauvreté extrême
	Z59.6 Faibles revenus
	Z56.0 Chômage (de plus de un an), sans précision
Accès aux droits	Z59.7 Couverture sociale et secours insuffisants

Sources • Chapitre XXI de la classification internationale des maladies (CIM).

5. Institut national de la statistique et des études économiques.

La durée de séjour est plus élevée pour les patients en situation de précarité

Le champ de cette étude est restreint aux durées de séjour en hospitalisation complète. En effet, dans ce cadre, un établissement recevra un paiement forfaitaire quelle que soit la durée de séjour⁶, et chaque jour supplémentaire expliqué par la précarité du patient est un coût net supplémentaire pour l'établissement. En revanche, l'étude n'inclut pas les séjours ambulatoires (hospitalisation partielle), dont les tarifs sont inférieurs (ou parfois égaux) aux tarifs correspondant à une hospitalisation complète. Cette étude ne mesure donc pas l'effet de la précarité sur la durée de séjour qui transiterait par un moindre recours à l'ambulatoire. Dans la mesure où la politique tarifaire incite à la prise en charge ambulatoire, les établissements ont intérêt à développer ce mode de prise en charge (Cash et Dupilet, 2011). L'accueil de personnes en situation de précarité peut être un frein à ce développement. Le sujet du lien entre la précarité et la prise en charge en hospitalisation partielle, hors du champ de cette étude, devra donc faire l'objet de travaux complémentaires.

Deux questions ont été traitées dans cette étude. La première concerne la comparaison des durées moyennes de séjour en hospitalisation complète entre les séjours non précaires et les séjours précaires dans leur globalité. La seconde avait pour but d'étudier, le cas échéant, les effets différenciés selon la dimension de la précarité en présence.

Les séjours précaires sont plus longs

Le tableau 2 présente les durées moyennes de séjour pour les deux sous-populations (au moins un code de précarité contre aucun code de précarité). Globalement, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète des personnes présentant au moins un marqueur de précarité est plus élevée de 1,6 jour que celle des séjours qualifiés de non précaires (8,1 jours contre 6,5 jours).

Les groupes homogènes de malades (GHM) des séjours précaires sont plus lourds

Toutefois, cet écart sur les durées moyennes de séjour entre les deux sous-populations pourrait s'expliquer par des différences de morbidité. Ces résultats ne tiennent en effet pas compte des facteurs de confusion tels que le *case-mix*, l'âge ou le sexe des patients. Ainsi, les durées moyennes de séjour varient notamment avec l'éventail des cas traités propre à chaque établissement. Après avoir classé les séjours appartenant à un même GHM en fonction de la durée moyenne de séjour, nous avons réparti l'ensemble des GHM en dix groupes d'effectifs comparables suivant une analyse par décile de durées de séjour. Le premier décile, représentant environ 10 %⁷ de l'ensemble des séjours, comprend donc les séjours qui appartiennent à des GHM ayant les durées moyennes de séjour les plus courtes. Le graphique 1 met en évidence une variabilité importante des durées moyennes de séjour entre GHM. La durée moyenne de séjour est de 3 jours pour le premier décile

TABLEAU 2 • Comparaison des durées moyennes de séjour en hospitalisation complète entre les séjours précaires et les séjours non précaires

	Effectifs	Durée moyenne de séjour (en jour)	Écart type	1 ^{er} quartile	3 ^e quartile
Séjours non précaires	50 375	6,5	6,1	3	8
Séjours précaires	6 800	8,1	7,4	3	10
Ensemble	57 175	6,7	6,3	3	8

Lecture • L'écart type représente l'écart moyen des durées de séjour par rapport à la moyenne.
Le 1^{er} quartile : pour un quart des séjours précaires, la durée de séjour est inférieure ou égale à 3 jours.
Le 3^e quartile : pour un quart des séjours précaires, la durée de séjour est supérieure ou égale à 10 jours.
Champ • France métropolitaine.
Sources • Enquête DREES-ATIH, novembre et décembre 2008 auprès de 27 établissements de santé.

6. Pour des séjours de durée « normale », c'est-à-dire comprise entre les bornes basses et hautes définies par les règles de tarification.
7. Les classes ainsi constituées ne représentent pas parfaitement 10 % de l'ensemble des séjours puisque ces séjours étant regroupés en GHM, on ne peut pas subdiviser le GHM pour parvenir exactement aux mêmes effectifs pour chaque classe.

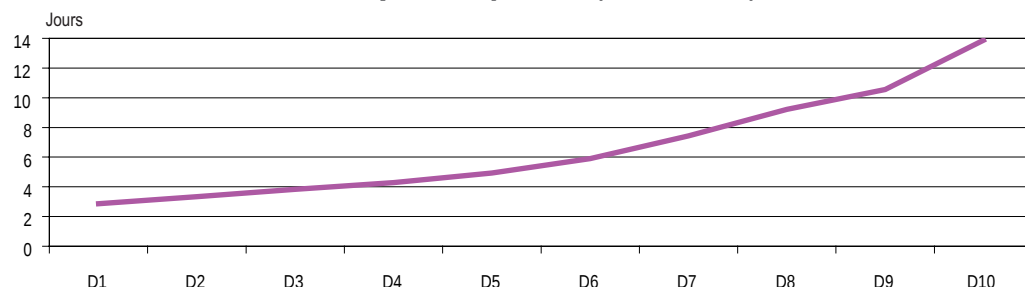
de GHM contre 14 pour le décile de GHM ayant les durées moyennes de séjour les plus élevées.

Dans ces conditions, toute différence de structure en termes de GHM entre la sous-population des personnes en situation de précarité d'un côté et la sous-population des personnes non précaires de l'autre, conduira automatiquement à une différence de durée moyenne de séjour, sans que cette différence puisse être réellement attribuée à un effet propre de la précarité. En effet, l'ajustement des résultats suivant le GHM se justifie aussi en raison des différences de structure de GHM observées

entre les deux sous-populations (voir tableau 3). Ainsi, la part des séjours de personnes présentant au moins un marqueur de précarité est de 13 % dans chacun des trois derniers déciles de GHM, aux durées moyennes de séjour les plus longues, alors que cette proportion est de 10 % pour l'ensemble des séjours.

Afin d'ajuster les durées de séjour suivant le *case-mix*, nous avons utilisé le GHM associé au séjour pour pouvoir comparer les durées de séjour des deux populations (celles en situation de précarité et les autres).

GRAPHIQUE 1 • Variabilité de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète entre les GHM



Lecture • Pour le premier décile des séjours appartenant aux GHM ayant les durées de séjours les moins longues, la durée moyenne de séjour s'élève à 3 jours, elle est de 14 jours pour le dernier décile.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquête DREES-ATIH, novembre et décembre 2008 auprès de 27 établissements de santé.

TABEAU 3 • Comparaison de l'éventail de cas traités entre les séjours précaires et les séjours non précaires

Déciles de GHM suivant les durées de séjour	Séjours non précaires		Séjours précaires		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
D1	4 883	9,7	509	7,5	5 392	9,4
D2	5 474	10,9	492	7,2	5 966	10,4
D3	5 005	9,9	630	9,3	5 635	9,9
D4	5 096	10,1	727	10,7	5 823	10,2
D5	5 210	10,3	524	7,7	5 734	10,0
D6	4 780	9,5	587	8,6	5 367	9,4
D7	5 121	10,2	658	9,7	5 779	10,1
D8	4 950	9,8	890	13,1	5 840	10,2
D9	4 849	9,6	878	12,9	5 727	10,0
D10	5 007	9,9	905	13,3	5 912	10,3
Total	50 375	100,0	6 800	100,0	57 175	100,0

Lecture • Parmi les séjours précaires, 13,3 % se retrouvent dans des GHM ayant des durées moyennes de séjour plus importantes contre 9,9 % pour les séjours non précaires.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquête DREES-ATIH, novembre et décembre 2008 auprès de 27 établissements de santé.

Existe-t-il des effets différenciés de la précarité sur la durée de séjour selon la dimension de la précarité ?

Le tableau 4 montre bien le caractère multidimensionnel de la précarité. Il met aussi en évidence que la dimension monétaire n'est pas la seule à devoir être prise en compte. En effet, dans l'échantillon de séjours étudié, pour trois quarts des séjours précaires une seule dimension de la précarité est présente. Celle de la précarité sociale est la plus importante : elle concerne près de 40 % des séjours. Ensuite, viennent les séjours précaires au sens du revenu (30 % des séjours). En revanche, les séjours présentant uniquement un marqueur de précarité logement ou accès aux droits sont peu nombreux, respectivement 3 % des séjours chacun. Près d'un séjour sur cinq combine deux dimensions de précarité, dont un peu plus de la moitié sont caractérisés par la précarité sociale/précarité monétaire. Enfin, 6 % des séjours précaires présentent trois ou plus de dimensions de précarité.

L'analyse précédente a mis en évidence un allongement de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète pour les séjours précaires pris dans leur globalité.

TABLEAU 4 • Articulation des différents critères de précarité

	Nombre de séjours	%
Séjours non précaires	50 375	-
Séjours précaires	6 800	100,0
Une dimension de la précarité	5 083	74,8
sociale	2 679	39,4
logement	171	2,5
monétaire	2 002	29,4
accès aux droits	231	3,4
Deux dimensions de la précarité	1 278	18,8
sociale - logement	148	2,2
sociale - monétaire	711	10,5
sociale - droit	99	1,5
logement - monétaire	163	2,4
logement - droit	49	0,7
monétaire - droit	108	1,6
Trois dimensions ou plus	439	6,5

Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquête DREES-ATIH, novembre et décembre 2008 auprès de 27 établissements de santé.

Cependant, cet effet est différencié suivant les dimensions de la précarité. Le tableau 5 présente les durées moyennes de séjour suivant les interactions des différentes dimensions de la précarité.

Ainsi, l'accumulation des dimensions de précarité au sein d'un même séjour influence de manière significative la durée moyenne de séjour. En effet, la durée moyenne de séjour présentant une seule dimension de précarité est de 7,9 jours alors qu'elle est de 8,5 jours pour les séjours présentant deux et plus de dimensions de précarité. Toutefois, les durées moyennes de séjour présentant uniquement la dimension précarité sociale sont les plus longues (9,5 jours).

Par ailleurs, des éléments contre-intuitifs apparaissent. Par exemple, les séjours présentant une seule dimension de précarité sociale enregistrent une DMS plus importante que ceux présentant à la fois la dimension sociale et monétaire (9,5 jours contre 8,7 jours). Ce constat nous confirme bien l'intérêt de prendre en compte les facteurs de confusion précédemment cités, en réalisant une analyse multivariée pour pouvoir mesurer l'effet de la précarité sur la durée de séjour toutes choses égales par ailleurs (voir annexe).

TABLEAU 5 • Comparaison des durées moyennes de séjour suivant l'articulation de la précarité

	Nombre de séjours	Durée moyenne de séjour (en jour)
Séjours non précaires	50 375	6,5
Séjours précaires	6 800	8,1
Une dimension de la précarité	5 083	7,9
sociale	2 679	9,5
logement	171	8,5
monétaire	2 002	5,9
accès aux droits	231	7,1
Deux dimensions de la précarité	1 278	8,5
sociale - logement	148	9,4
sociale - monétaire	711	8,7
sociale - droit	99	7,1
logement - monétaire	163	9,4
logement - droit	49	7,1
monétaire - droit	108	5,9
Trois dimensions ou plus	439	8,4

Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquête DREES-ATIH, novembre et décembre 2008 auprès de 27 établissements de santé.

L'isolement social plutôt que la pauvreté monétaire conduit à des durées de séjour plus longues

Les résultats obtenus précédemment sont confirmés par les résultats issus de la modélisation économétrique permettant d'isoler les effets propres des différentes dimensions de la précarité en tenant compte du *case-mix*, de l'âge et du sexe.

L'isolement social est le facteur le plus déterminant d'allongement de la durée de séjour

Le tableau 6 présente les résultats des régressions multivariées où la durée de séjour est supposée suivre une loi binomiale négative. Il apparaît qu'une partie des écarts de durée de séjour observés précédemment entre les deux sous-populations peut s'expliquer par des différences de *case-mix* ou d'âge entre les populations en

TABEAU 6 • Influence de la précarité sur la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète

		Modèle 1*		Modèle 2*	
		Coef.	P-value	Coef.	P-value
Constante		1,14	<0,001	1,14	<0,001
Sexe					
	Femme	Réf.		Réf.	
	Homme	0,01	0,227	0,01	0,251
Âge					
	0 - 9	-0,10	0,000	-0,10	0,001
	10-19	-0,12	<0,001	-0,12	<0,001
	20-29	0,00	0,924	0,00	0,967
	30-39	0,00	0,819	0,00	0,862
	40-49	Réf.		Réf.	
	50-59	0,09	<0,001	0,09	<0,001
	60-69	0,14	<0,001	0,14	<0,001
	70-79	0,15	<0,001	0,15	<0,001
	80 et +	0,19	<0,001	0,19	<0,001
Caractéristiques sociales du séjour					
<i>Séjours non précaires</i>		Réf.		Réf.	
Précarité globale		0,16	<0,001	-	-
Une seule dimension de précarité	sociale	-	-	0,17	<0,001
	logement	-	-	0,18	0,018
	monétaire	-	-	0,04	0,076
	accès aux droits	-	-	0,11	0,099
Deux dimensions de précarité	sociale - logement	-	-	0,26	0,001
	sociale - monétaire	-	-	0,24	<0,001
	sociale - droit	-	-	0,16	0,106
	logement - monétaire	-	-	0,38	<0,001
	logement - droit	-	-	0,47	<0,001
	monétaire - droit	-	-	0,07	0,507
Trois dimensions ou plus		-	-	0,32	<0,001
Modes de sortie					
Mutation		0,47	<0,001	0,46	<0,001
Transfert normal		0,41	<0,001	0,40	<0,001
Domicile		Réf.		Réf.	
Décès		0,14	<0,001	0,14	<0,001

* Les deux modèles sont contrôlés par les caractéristiques médicales du séjour mesurées à partir des 180 GHM communs aux deux sous-populations.

Lecture • Dans le modèle 1, le coefficient de la précarité globale égal à 0,16 signifie que les séjours précaires ont une durée moyenne de séjour supérieure de 16 % par rapport aux séjours non précaires, toutes choses égales par ailleurs. D'autre part, la colonne p-value indique le degré de significativité des coefficients. Ainsi, les coefficients en gras sont considérés comme significatifs à 5 %.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquête DREES-ATIH, novembre et décembre 2008 auprès de 27 établissements de santé.

situation précaire et celles qui n'y sont pas, le sexe n'a en revanche pas d'influence.

Ces résultats sont cohérents avec les autres études réalisées sur ce sujet. La durée de séjour en hospitalisation complète est en moyenne plus importante de 16 % pour les séjours précaires par rapport aux séjours non précaires (modèle 1). On retrouve la hiérarchie des effets des différentes dimensions de la précarité mise en évidence lors de l'analyse exploratoire. La précarité sociale et celle liée au logement influencent de manière significative la durée de séjour (environ +17 % pour chaque dimension isolée, +26 % quand elles sont combinées). Les deux autres dimensions liées au niveau de revenu et à l'accès aux droits prises chacune isolément n'influencent pas de manière significative la durée de séjour (modèle 2).

L'allongement des durées de séjour est plus marqué pour les patients dépendants ainsi que pour les sans-abri

Parmi les critères de précarité sociale, le besoin d'assistance apparaît comme celui influant le plus sur la

durée de séjour. Ainsi, l'impact du code « besoin d'assistance à domicile » fait augmenter en moyenne la durée de séjour en hospitalisation complète de +21 %, et celui du code « besoin d'assistance et d'hygiène » de +10 %. Par ailleurs, le cumul des deux besoins d'assistance allonge en moyenne la durée de séjour de +26 % par rapport aux séjours non précaires « toutes choses égales par ailleurs ». Par ailleurs, les autres codes de précarité sociale (situation monoparentale, analphabétisme, etc.) n'augmentent pas significativement la durée de séjour (voir tableau 7).

Quant à la précarité liée au logement, le facteur « sans abri » influence le plus la durée de séjour (+40 %), contrairement à l'impact du logement inadéquat qui, lui, n'est pas significatif.

Toutes choses égales par ailleurs, un faible revenu n'augmente pas à lui seul les durées de séjour. En revanche, combiné à des conditions de logement dégradées, il s'ajoute à l'effet des mauvaises conditions de logement pour allonger encore la durée de séjour (+38 %)⁸.

TABLEAU 7 • Décomposition des dimensions de l'effet précarité sur la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète

		Modèle 3	
		Coef.	P-value
Caractéristiques sociales du séjour		Réf.	
Séjours non précaires			
Une seule dimension de précarité	Besoin d'assistance et d'hygiène	0,10	0,0147
	Besoin d'assistance à domicile	0,21	<0,0001
	Besoin d'assistance (les deux regroupés)	0,26	<0,0001
	Besoin d'assistance et autres	0,29	<0,0001
	Autres précarités sociales (monoparentalité, acculturation, etc.)	0,07	0,0928
	Sans abri	0,40	0,0004
	Logement inadéquat	-0,01	0,9335
	Faibles revenus	0,04	0,1367
	Chômage	0,12	0,1983
	Faibles revenus et chômage	0,01	0,9075
Deux dimensions de précarité	Accès aux droits	0,11	0,0989
	sociale - logement	0,26	0,0007
	sociale - monétaire	0,24	<0,0001
	sociale - droit	0,16	0,1056
	logement - monétaire	0,38	<0,0001
	logement - droit	0,47	0,0010
Trois dimensions ou plus	monétaire - droit	0,06	0,5129
		0,32	<0,0001

* Le modèle est contrôlé par les caractéristiques médicales du séjour mesurées à partir des 180 GHM communs aux deux sous-populations.
Lecture • Dans le modèle, le coefficient de la variable « besoin d'assistance à domicile » égal à 0,21 signifie que les séjours précaires caractérisés par un seul critère de besoin d'assistance à domicile ont une durée moyenne de séjour supérieure de 21 % par rapport aux séjours non précaires, toutes choses égales par ailleurs. D'autre part, la colonne p-value indique le degré de significativité des coefficients. Ainsi, les coefficients en gras sont considérés comme significatifs à 5 %.
Champ • France métropolitaine.
Sources • Enquête DREES-ATIH, novembre et décembre 2008 auprès de 27 établissements de santé.

8. Ce résultat est valable quand on croise « pauvreté monétaire » et « sans abri », ce qui semble évident, mais aussi quand on croise « pauvreté monétaire » et « logement inadéquat » alors que non combinées, ces deux variables n'apparaissent pas significatives.

Conclusion

Cette étude permet de conclure que l'accueil de populations en situation de précarité augmente les durées moyennes de séjour en hospitalisation complète dans les établissements de santé et donc les coûts. De plus, ces travaux n'incluent pas l'allongement des durées de séjour qui s'expliquerait par un moindre recours à l'ambulatoire. Toutefois, certains surcoûts peuvent ne pas être pris en compte lorsque l'on se limite à l'étude des durées de séjour, comme par exemple la nécessité d'avoir des assistantes sociales en plus grand nombre. Ces surcoûts justifient que, dans un contexte de financement à l'activité, des crédits spécifiques soient alloués aux établissements accueillant en plus grand nombre

les patients en situation de précarité. Le caractère multidimensionnel de la précarité et les effets très différenciés de ses différentes dimensions conduisent cependant à s'interroger sur les critères qui devraient être pris en compte pour compenser les surcoûts. La précarité monétaire est la plus facile à identifier, l'information existant déjà en partie dans les systèmes d'information hospitaliers, à travers notamment la couverture CMU qui est sous condition de ressources. Mais cet aspect de la précarité n'a pas d'effet significatif sur les durées de séjour. À l'inverse, l'isolement social est un phénomène relativement répandu, touchant 5 % de l'échantillon étudié, qui occasionne des augmentations significatives de durées de séjour. ■

Bibliographie

- Aballea P., Bras P.L., Seydoux S., 2006, « Mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé », Rapport IGAS, n° 2006 009, La Documentation française, janvier.
- Blanchard N., Pichetti S., Raynaud D., 2009, 2^e rapport du comité d'évaluation de la tarification à l'activité, *Document de travail, série Études et Recherche*, n° 94, DREES, septembre.
- Cash R., Dupilet C., 2011, « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », *Dossier Solidarité Santé*, à paraître, DREES.
- Castiel D. et al., 2006, « Hôpitaux publics, T2A et handicap social », *Gestions hospitalières*, n° 457, juin-juillet.
- Clozon et al., 1998, « Impact des facteurs sociaux sur les durées de séjours dans les hôpitaux », rapport du Centre d'étude interdisciplinaire en économie de la santé, Bruxelles.
- Epstein A.M., Stern R.S., Weissman J.S., 1990, "Do the poor cost more? A multihospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources", *New Engl J Med* 19;322(16):1122-8.
- Holstein J. et al., 2009, « Lien précarité-durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 57, 205-211.
- Greene, W.H., 2000, *Econometric Analysis*, Fourth edition, Prentice Hall.
- Lebas J., 1998, « À l'épreuve de la précarité, une certaine idée de l'hôpital », rapport au ministre de la Santé, La Documentation française, février.
- Maric M., Grégoire E., Leporcher L., 2008 « La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins », *Document de travail, série Études et recherche*, n° 81, DREES, novembre.
- Mathy C., Bensadon M., 2002, « Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires », *Journal d'économie médicale*, vol. 20, n° 5 : 263-278.
- 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, IRDES, mai.
- Organisation mondiale de la Santé, 2008, Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. CIM-10.
- Perronnin M., Sourty M.-J., 2003, « Influence des caractéristiques sociales et environnementales sur la durée de séjour à l'hôpital », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 71, décembre.
- Quantin C. et al., 1997, « Modélisation de la distribution des durées de séjour et des coûts dans deux groupes homogènes de malades d'hématologie et de pneumologie : caractérisation clinique des patients de longue durée et de coût élevé », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 45, 117-130.
- Schleifer A., 1985, « A theory of yardstick competition », *Rand Journal of Economics* 16(3), p. 319-328.

ANNEXE • Durée de séjour et modèle de comptage

Notre étude est centrée sur la comparaison des durées de séjour entre la population en situation précaire et la population non précaire. Cela nécessite de prendre en considération certains facteurs pouvant influencer la durée de séjour, notamment le *case-mix* de l'établissement qui mesure l'éventail des cas traités. En effet, la durée moyenne de séjour pour les cas dits « lourds » sera plus importante que celle des autres personnes. Pour cela, une analyse multivariée ajustée entre autres par le *case-mix* permet de mesurer l'effet de la précarité sur la durée de séjour toutes choses égales par ailleurs¹. Les analyses ont également été ajustées par l'âge (introduit en classes) et le sexe.

La variable « durée de séjour » peut être considérée comme une variable de comptage dans la mesure où elle prend des valeurs discrètes et non négatives. Sa distribution ne peut pas être considérée comme gaussienne (Quantin et al., 1997).

En général, deux types de modèles sont utilisés : le modèle de Poisson et le modèle binomial négatif.

À partir du modèle de Poisson, on estime la probabilité qu'une variable aléatoire Y prenne la valeur y pour l'individu i .

$$P(Y_i = y) = \frac{e^{-\lambda_i} \lambda_i^y}{y!}, \text{ où } y = 0, 1, 2, \dots$$

Le paramètre λ vérifie la relation suivante : $\lambda_i = e^{x_i \beta}$ avec X représentant le vecteur des régresseurs et β celui des coefficients que l'on souhaite estimer.

Toutefois, l'utilisation de ce type de modèle repose sur une hypothèse d'égalité entre la moyenne et la variance, hypothèse qui n'est, en pratique, pas toujours respectée. On parle ainsi de sur-dispersion des observations lorsque la variance du paramètre est supérieure à sa moyenne. Dans ce cas, l'utilisation d'un modèle de Poisson fait apparaître une sous-estimation des variances des paramètres, ce qui implique des degrés de significativité sous-estimés. On peut par exemple conclure, à tort, un lien significatif entre la variable explicative et celle expliquée.

Le choix d'un modèle binomial négatif est alors une alternative permettant de résoudre ce problème statistique. La variable endogène suit toujours une loi de Poisson mais son espérance mathématique est entachée d'un terme d'erreur.

La variable suit donc une loi de Poisson de paramètre :

$$\begin{aligned} u_i &= e^{x_i \beta + \varepsilon} \\ &= e^{x_i \beta} \cdot e^{\varepsilon} \\ &= \lambda_i \mu_i \end{aligned}$$

Cette spécification nécessite une hypothèse supplémentaire pour le paramètre de dispersion μ_i qui suit donc une loi de gamma $\gamma(\delta, \delta)$. Les deux paramètres de la loi de gamma sont choisis égaux et de façon que $E(\mu_i) = 1$. Dans ce cas, la variance de ce paramètre est égale à $V(\mu_i) = 1/\delta$.

Au final, la durée moyenne de séjour y_i suit donc une loi binomiale négative de paramètre (λ_i, δ) . Les moments de cette loi sont alors :

$$\begin{aligned} E(y_i / x_i) &= \lambda_i \\ V(y_i / x_i) &= \lambda_i \left(1 + \frac{\lambda_i}{\delta}\right) \end{aligned}$$

où x_i représentent les caractéristiques observables (âge, sexe, GHM,...).

Ce modèle peut être estimé par le maximum de vraisemblance. Choisir entre ces deux stratégies de modélisation revient à mener un test statistique autour de la propriété d'équi-dispersion. Ainsi, si on observe que le coefficient $1/\delta$ tend vers 0, alors le modèle binomial négatif peut être assimilé au modèle de Poisson. La spécification de la loi de Poisson est testée par l'hypothèse nulle $H_0 : \delta = 0$ en utilisant soit la statistique de Wald, soit le test du rapport de vraisemblance, ou encore le test du multiplicateur de Lagrange (Greene, 2000).

1. L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » permet de distinguer l'effet propre de la précarité sur la durée du séjour.

FICHES



1 Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

Ce chapitre présente le cadre juridique qui prévaut en 2010, après la promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST.

L'année de référence des données présentées dans l'ouvrage est 2008. La loi HPST n'était alors pas en vigueur et quelques différences existent, notamment au niveau des catégories d'établissements ou des personnels. En effet, en 2008, les hôpitaux locaux étaient une catégorie distincte, les établissements privés d'intérêt collectif n'existaient pas encore, etc.

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.

Le statut des établissements de santé

Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé.

« Les établissements publics de santé sont des personnes morales [...] dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État [...]. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial » (Article L6141-1 du code de la santé publique). Ces établissements « sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directeur ». Ce conseil de surveillance remplace l'ancien conseil d'administration, en application de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST).

Suite à la loi HPST, les hôpitaux locaux disparaissent et seuls les centres hospitaliers subsistent.

« Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas [...] » (Article L6141-1).

« Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche » (Article L6141-2).

La majeure partie des CHR sont aussi des centres hospitaliers 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 (Article L6142-1).

Une des nouveautés de la loi HPST est que, selon l'article L6141-7-3 du code de la santé publique, « les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, [...] pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche. Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique [...] s'appliquent. [...] Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses

statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé ».

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

Dans le cas des établissements à but lucratif, souvent dénommés cliniques, plusieurs personnes morales peuvent coexister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, d'imagerie, etc.).

La loi HPST introduit une nouvelle catégorie pour les établissements de santé privés : celle des établissements privés d'intérêt collectif. Cette catégorie se substitue de manière générale à celle des établissements privés à but non lucratif ainsi qu'à celle des établissements participant au service public hospitalier, ces deux dernières catégories se recoupant en grande partie, avec toutefois des droits et obligations très différents. Selon l'article L6161-5, « sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif :

1° Les centres de lutte contre le cancer ;

2° Les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé ».

Les missions des établissements de santé

Les missions générales

La mission générale des établissements hospitaliers est définie par l'article L6111-1 du code de la santé publique qui les dénomme établissements de santé.

Quel que soit leur statut, « ces derniers assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ».

Les établissements de santé peuvent également développer des activités sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation qui

ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.

« Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par :

1° Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie ;

2° Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.

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

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

Par ailleurs, les « établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux » (Article L6111-2).

Les établissements de santé peuvent en outre créer et gérer des services et établissements sociaux et médico-sociaux, ainsi que des centres de santé (Art. L6111-3). Ceux-ci sont principalement orientés vers les personnes âgées.

Les missions de service public

Aux missions générales confiées à tous les établissements de santé, s'ajoutent celles du service public, définies par l'article L6112-1 du code de la santé publique. Une des nouveautés de la loi HPST est la substitution du terme « service public hospitalier » à celle, plus large, de « service public ». Ainsi, « les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

1° La permanence des soins ;

2° La prise en charge des soins palliatifs ;

3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;

4° La recherche ;

5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;

7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;

8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'in-

sertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;

10° Les actions de santé publique ;

11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;

12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ».

Parmi ces missions, toutes ne revêtent pas la même importance. Les missions les plus importantes sont la participation à la formation initiale (accueil d'instituts de formation de personnels paramédicaux et de stagiaires, externes, internes ou paramédicaux), celles liées à la prise en charge de l'activité non programmée (aide médicale urgente, permanence des soins) et les soins dispensés aux populations spécifiques (précaires, détenus et retenus).

Autrefois, le service public était de la seule responsabilité des établissements publics et privés participant au service public hospitalier¹. Désormais, de nouveaux acteurs peuvent le mettre en œuvre. Il s'agit notamment des établissements privés à but lucratif, ainsi que des centres de santé, des maisons de santé et des pôles de santé, de l'Institution nationale des invalides, du service de santé des armées, des groupements de coopération sanitaire, des autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd et de praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés ici – il s'agit en pratique des cabinets de radiothérapie et de radiologie (Article L6112-2).

Les établissements de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public, ont pour mission de garantir l'égal accès à des soins de qualité, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ainsi que la prise en charge aux tarifs opposables (Article L6112-3).

« Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes » (Article L6112-6).

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

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

1. Les établissements privés à but lucratif pouvaient cependant participer à certaines missions du service public hospitalier par la conclusion d'un « contrat de concession du service public hospitalier ».

(MCU-PH) sont des fonctionnaires de l'Éducation nationale. Les praticiens hospitaliers (PH) sont des contractuels de droit public et interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Avec la mise en œuvre de la loi HPST, des praticiens exerçant à titre libéral peuvent être autorisés, dans les établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins. Ainsi, selon l'article L6146-2, « le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile ». Dans les cliniques privées, les médecins ont très majoritairement un statut d'exercice libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent. Les établissements privés d'intérêt collectif accueillent majoritairement des salariés de droit privé ; ils peuvent employer des professionnels libéraux ou faire appel à des PU-PH, MCU-PH ou PH par voie de détachement. Enfin, les établissements publics et privés d'intérêt collectif accueillent en outre des médecins en cours de formation (les internes). Depuis la loi HPST, les cliniques privées peuvent également accueillir des internes. Ainsi, la loi HPST a ouvert les statuts à l'ensemble des établissements de santé, alors qu'auparavant il existait de nombreuses situations impossibles.

Les personnels non médicaux

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

rimaires, 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.

L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

La loi HPST crée les agences régionales de santé (ARS), qui rassemblent au niveau régional les ressources de l'État et de l'assurance maladie. Plus largement, elles regroupent les ex-directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), les anciennes agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les groupements régionaux de santé publique (GRSP), les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), les missions régionales de santé (MRS) et le volet hospitalier de l'assurance maladie. Les ARS sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général (Article L1432-1). Elles ont pour mission de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique et de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé. Elles peuvent ainsi répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux et garantir l'efficacité du système de santé (Article L1431-2).

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

Peuvent être titulaires d'autorisation (Art. L6122-3) :

- 1° Un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;
- 2° Un établissement de santé ;

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

Statuts		Lieux d'exercice et type d'établissement		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif, dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH)	Article L952-21 du code de l'éducation	détachement (Article R6152-51 du code la santé publique)	détachement (Article R6152-51 du code la santé publique)
	Salarié de droit public : attaché, PH	Articles R6152-1 et 6152-604 du code de la santé publique	détachement de PH (Article R6152-51 du code la santé publique)	détachement (Article R6152-51 du code la santé publique)
Salarié de droit privé		Article L6152-1 du code de la santé publique	Article R6161-5 du code de la santé publique	
Profession libérale		possible (Articles L6146-2 et L6112-4 du code la santé publique)	Article L6161-9 du code de la santé publique	Article L162-5 du code de la sécurité sociale
En formation (internes)		Article R6153-8 du code de la santé publique	Article R6153-9 du code de la santé publique	Article R6153-9 du code de la santé publique

■ Situation majoritaire ■ Peu fréquent

3° Une personne morale dont l'objet porte, notamment, sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd mentionnés à l'article L6122-1 ou la pratique des activités propres aux laboratoires de biologie médicale.

L'autorisation est subordonnée au respect d'engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et également à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret. Elle est donnée pour une durée déterminée d'au moins cinq ans, sauf pour les activités de soins nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique (Art. L6122-8).

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

ENCADRÉ ● Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2008, année de référence pour cette publication, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes (Art. R6122-25) :

- « 1° Médecine ;
- 2° Chirurgie ;
- 3° Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- 4° Psychiatrie ;
- 5° Soins de suite et de réadaptation ;
- 7° Soins de longue durée ;
- 8° Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;
- 9° Traitement des grands brûlés ;
- 10° Chirurgie cardiaque ;
- 11° Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
- 12° Neurochirurgie ;
- 13° Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- 14° Médecine d'urgence ;
- 15° Réanimation ;
- 16° Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- 17° Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
- 18° Traitement du cancer ;
- 19° Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ».

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)¹ les identifie à l'aide d'un triplet composé des éléments suivants : activité/modalité/forme. Ainsi, par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de chirurgie cardiaque, qui soigne des adultes (modalité) en hospitalisation complète (forme).

Par ailleurs, en 2008, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants (Art. R6122-26) :

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

1. <http://finess.sante.gouv.fr/finess/index.jsp>

Les PRS et les SROS

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

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

Le schéma régional d'organisation des soins est donc intégré au sein du projet régional de santé. Il remplace l'ancien schéma régional d'organisation sanitaire. Si les modalités d'élaboration du nouveau SROS ne diffèrent pas de celles du schéma régional d'organisation sanitaire - elles sont basées sur la consultation avec les professionnels de santé -, les modalités de consultation sont élargies suite à la loi, du fait notamment de la création de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. D'autre part, le SROS doit être élaboré de manière coordonnée avec les schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale.

Une des innovations du nouveau SROS est l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire. En effet, selon l'article R1434-4, le SROS comprend un volet hospitalier et un volet ambulatoire. Seul le volet hospitalier « est opposable aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations ».

Dans son volet hospitalier, le SROS est le cadre de référence pour l'attribution des autorisations. Établi sous l'autorité du directeur de l'ARS, il détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé (Article L1434-8) ainsi que « les modalités de coordination des soins de toute nature apportés au patient ». Il « prévoit les mesures de nature à améliorer l'efficacité de l'offre de soins » et précise « les modalités de coordination des établissements, professionnels et services de santé » ainsi que « les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation des soins » (Article R1434-4).

Selon l'article L1434-7, le SROS « a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. [...] Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales ».

Le SROS « tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires. Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. [...] Il organise la coordination entre les différents services de santé et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé ».

Par ailleurs, selon l'article L1434-9, le SROS « fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

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

Mis en place par l'ordonnance du 4 septembre 2003, l'ancien dispositif de régulation avait pris définitivement le relais de la carte sanitaire qui fixait des plafonds de capacités d'accueil ou de nombre d'équipements. Il s'était mis en place à compter de la publication des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire dits SROS de 3ème génération et ce, au plus tard le 31 mars 2006 et pour une période de cinq ans. L'année de référence de l'ouvrage se situe au moment des SROS III.

Les SROS III ne peuvent *a priori* plus être révisés depuis le 1er juillet 2010, date d'entrée en vigueur de la loi HPST. Ils conservent cependant leur validité juridique dans le cadre de la gestion des demandes d'autorisation jusqu'à leur expiration, au terme des cinq ans suivant la date de leur première publication. Suite à la loi HPST, le nouveau dispositif de régulation se met progressivement en place en plusieurs étapes : finalisation du diagnostic, élaboration du PRS, révision des schémas régionaux au niveau général puis thème par thème (chirurgie ambulatoire, dialyse, etc.). Il sera valable pour une durée de cinq ans.

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

Le financement

Deux modes de financement distincts selon les disciplines

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

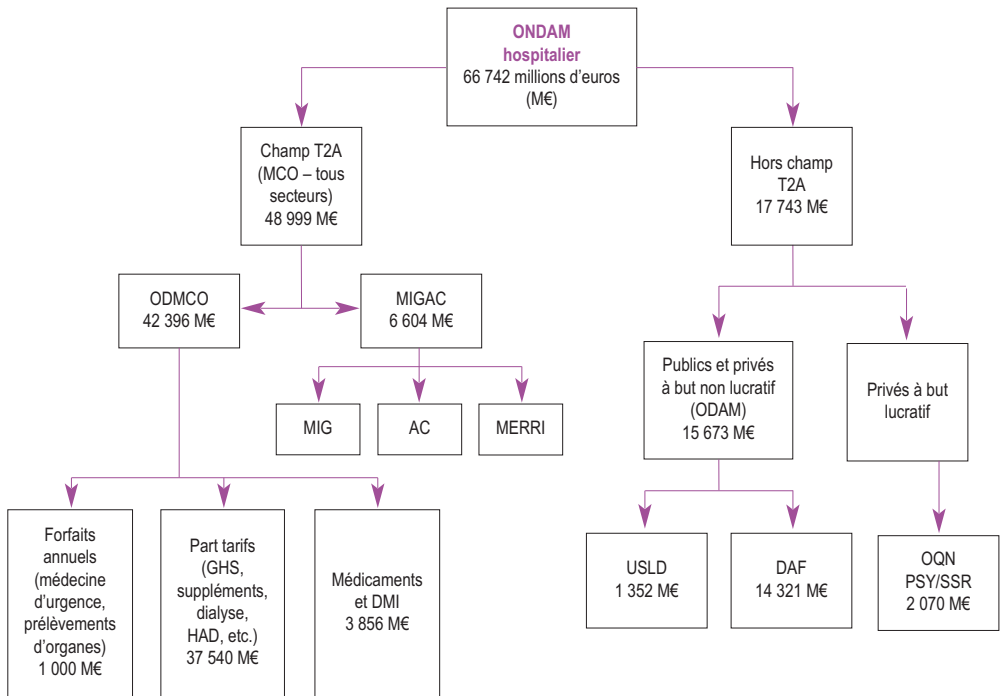
- la tarification à l'activité (T2A) a été introduite en 2004 dans les établissements publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH), financés antérieurement par dotation globale, et en 2005 dans les établissements privés à but lucratif jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (forfait de salle d'opération par exemple). La T2A rémunère désormais l'activité de soins produite dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) quels que soient le statut de l'établissement et le type d'activité (hospitalisation complète, partielle, à domicile, structure de dialyse), à l'exception des hôpitaux locaux (caté-

gorie supprimée par la loi HPST du 21 juillet 2009) et des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre et Miquelon. Il est à noter que le périmètre de la T2A a été élargi aux établissements militaires (service de santé des armées – SSA) depuis le 1^{er} janvier 2009 et aux établissements de Guyane (avec une mise en œuvre progressive aboutissant en 2018) depuis le 1^{er} janvier 2010.

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'établisse-

ments 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 de santé publics et privés (FMESPP) intégré dans l'ONDAM la même année.

SCHÉMA ● La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2008¹



1. Hors FMESPP (Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés). Les chiffres présentés correspondent aux dépenses constatées en 2008.

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 quantifié national, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation

TABLEAU 2 ● Les dépenses hospitalières dans l'ONDAM

		Dépenses hospitalières dans l'ONDAM, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, USLD, etc.	T2A		
				Total	dont ODMCO	dont dotation MIGAC
2008	Dépenses constatées	66 742	17 743	48 999	42 396	6 604
2009	Dépenses constatées	69 031	17 700	51 330	43 652	7 678
2010	Objectifs	70 251	17 809	52 441	44 299	8 142

Sources • Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, données ATIH pour les années 2008 et 2009 puis DGOS, « Circulaire relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé » pour les chiffres de 2010.

Les composantes de la T2A

La T2A comporte elle-même deux composantes.

- La première composante rémunère des prestations de soins selon une nomenclature tarifaire révisée chaque année, dont le socle correspond à des forfaits 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 réglé à l'intérieur d'un objectif commun à tous les établissements appelé ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique).

- La seconde composante est constituée par la dotation finançant les MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) dont l'objet, défini par l'article L162-22-13 du code de la sécurité sociale, est de financer les engagements des établissements figurant dans leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM - Article L6114-2 du code de la santé publique). En conséquence, cette dotation est en premier lieu destinée à financer les activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifiables. Il s'agit de financer des missions comme la recherche ou l'enseignement (missions d'enseignement, recherche, référence et innovation - MERRI - 34 % de la dotation MIGAC en 2009) et des missions d'intérêt général (MIG) fixées par arrêté (34 %).

À ce titre, la dotation MIGAC finance, par dérogation à la règle générale, des activités de soins identifiables, mais dispensées à certaines populations spécifiques (détenus par exemple). Néanmoins, pour une part croissante depuis sa création, la dotation d'aide à la contractualisation (AC, 32 % de la dotation MIGAC en 2009) finance les autres engagements pris par les établissements dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Cette dotation a été conçue de manière à financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé afin qu'ils puissent mettre en œuvre les adaptations de l'offre de soins, les orientations visant à améliorer la qualité des soins, les priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, ainsi que pour accompagner la montée en charge du modèle de financement T2A.

Depuis 2008, cette dotation sert aussi à mettre en œuvre les engagements figurant dans les contrats, de retour à l'équilibre financier.

Si la T2A s'applique aux établissements anciennement sous dotation globale (publics et privés PSPH) ainsi qu'aux cliniques privées et se trouve régulée dans des objectifs communs aux deux secteurs d'établissements, elle présente des spécificités dans chacun des secteurs :

- le secteur privé ne perçoit que très peu de dotation MIGAC (1,3 % en 2009) ;
- chaque secteur se voit appliquer des tarifs différents mais calculés selon une méthodologie commune (ceux des cliniques n'incluant pas les honoraires perçus par les médecins comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'ONDAM et non dans les dépenses hospitalières).

Une réforme progressive et aménagée

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

3. Rapport 2010 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé, DGOS, octobre 2010.

chaque établissement ; ce coefficient convergera vers 1 au plus tard le 1^{er} mars 2012.

- 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 au plus tard le 1^{er} mars 2012.

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. Néanmoins, le gouvernement a expérimenté simultanément une « convergence ciblée » qui a consisté au rapprochement (partiel ou total) des tarifs de 35 GHS communs aux deux secteurs et sélectionnés sur la base de plusieurs critères.

2 Données de cadrage

- Les grandes catégories d'établissements de santé
- Les capacités d'accueil à l'hôpital
- L'activité en hospitalisation complète et partielle
- Les autres prises en charge hospitalières
- Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens
- Les internes dans les établissements de santé
- 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

Plus de 2 780 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 1 800 en 2008.

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 »).

Plus de 2 780 établissements de santé offrant plus de 440 000 lits et 58 500 places

Au 31 décembre 2008, 2 784 établissements ou entités juridiques sanitaires disposent 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 offrent une capacité d'accueil de plus 440 000 lits et 58 500 places (voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital »). 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 2008, 118 entités juridiques de dialyse auxquelles sont rattachées 664 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 450 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, y compris hôpitaux locaux. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse (118 entités juridiques auxquelles sont rattachées 664 antennes) et de radiothérapie.

Définitions

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

- **L'entité juridique (EJ)** qui correspond à la définition de l'entité institutionnelle de la comptabilité publique.

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

- **L'entité géographique** (ou établissement, ET) correspond en général au site de production, mais aussi éventuellement au site porteur du budget. Il dépend de l'entité juridique ; une même entité juridique ne pouvant, en théorie, donner lieu à plusieurs établissements qu'à la condition d'implantations géographiques ou de budgets différents.
- Dans le **secteur public**, une entité juridique peut regrouper plusieurs établissements se trouvant sur des sites relativement éloignés.
- Dans le **secteur privé**, la situation est en général plus simple : l'entité juridique représentant la société d'exploitation (particulier ou société)

reste encore très souvent rattachée à un seul établissement géographique, malgré le développement de regroupements.

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

Pour en savoir plus

- *Les établissements de santé – Un panorama pour l'année 2007*, coll. « Études et statistiques », DREES.
- 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 et sociales*, éditions 1989 à

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 983 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 ; 601 centres hospitaliers (CH), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie de la prise en charge, 90 d'entre eux sont spécialisés en psychiatrie (voir tableau 1). Pour les CH non spécialisés en psychiatrie, l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) représente 93 % des entrées et 42 % des venues.

Enfin, 334 hôpitaux locaux assurent pour l'essentiel une fonction d'accueil et de soins pour personnes âgées.

Parmi les établissements privés, 750 ont des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique ou sont pluridisciplinaires ; ils représentent plus de la moitié des lits et places des établissements privés. Par ailleurs, 758 autres établissements privés sont spécialisés dans le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et le long séjour, ce qui correspond à un tiers des lits du secteur et à un cinquième des places.

Parmi les 1 801 établissements privés, 1 047 établissements sont à but lucratif et sont souvent dénommés « cliniques privées ». Plus de 750 autres établissements privés ont un caractère non lucratif (voir tableau 2). Parmi ces établissements, 20 sont en charge de la lutte contre le cancer (CLCC).

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

1999, SESI, ministère du Travail, Paris, La Documentation française.

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

TABEAU 1 ● Établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par catégorie d'établissements en 2008

Catégories d'établissements	Entités	Lits	Places
Secteur public (entités juridiques)	983	284 140	35 705
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	31	79 154	7 720
Centre hospitalier (CH)	511	155 713	13 233
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	90	28 019	14 369
Hôpital local	334	19 610	220
Autre établissement public	17	1 644	163
Secteur privé (établissements)	1 801	156 287	22 824
Établissement de soins de courte durée ou pluridisciplinaire	750	80 807	11 992
Centre de lutte contre le cancer	20	2 846	678
Établissement de lutte contre les maladies mentales	237	17 822	5 145
Établissement de soins de suite et de réadaptation	674	47 959	4 732
Établissement de soins de longue durée	84	5 181	25
Autre établissement privé	36	1 672	252
Ensemble	2 784	440 427	58 529

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données statistiques.

TABEAU 2 ● Établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par statut juridique et participation au service public hospitalier en 2008

	Entités	Lits	Places
Service public hospitalier	1 522	334 101	43 882
Secteur public (entités juridiques)	983	284 140	35 705
Établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH)	539	49 961	8 177
Autres établissements privés	1 262	106 326	14 647
Établissement privé à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier (non PSPH)	215	11 471	2 334
Établissement privé à but lucratif	1 047	94 855	12 313
Ensemble	2 784	440 427	58 529

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données statistiques.

Les capacités d'accueil à l'hôpital

En 2008, plus de 440 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, soit une diminution de 48 000 lits d'hospitalisation en dix ans. En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre en 2008 un total de 58 500 places. Ces évolutions sont différenciées selon les statuts juridiques des établissements et accompagnent leur spécialisation. En 2008, l'essentiel des places d'hospitalisation à temps partiel pour les soins de courte durée étaient partagées 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 2008, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 489 000 à un peu plus de 440 000 (voir tableau 1). La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier. Cette inflexion a concerné la quasi-totalité des disciplines. Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) et en psychiatrie a diminué de façon importante tout au long de la période ; après une augmentation jusqu'en 2001, les capacités d'accueil en long séjour ont également diminué, en particulier suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de certaines unités. Cette baisse devrait toutefois s'interrompre d'ici à 2010, la répartition sanitaire/médico-sociale devant en effet intervenir avant fin 2009. Seules les capacités en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ont continué d'augmenter, le nombre de lits étant passé de 91 000 en 1998 à 98 000 en 2008. En 2008, ces tendances se confirment et seul le nombre de lits en soins de suite et de réadaptation augmente de 1,8 % (voir tableau 2). La diminution globale du nombre de lits s'est également effectuée à des rythmes différents selon les secteurs d'hospitalisation : -9 % en onze ans dans le secteur public, -5 % dans les cliniques privées et -18 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Ce mouvement, qui résulte en partie d'une volonté de suppression de lits excédentaires et d'une réorganisation de l'offre, 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.

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

Les capacités sont classées en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent :

- **L'hospitalisation complète** se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à une journée. Elle comprend également dans les données présentées les unités fermées le week-end (hospitalisation dite de semaine).
- **L'hospitalisation partielle** concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.
- **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux

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

Depuis la seconde moitié des années 1980, une transformation des modes de prise en charge est en effet intervenue à la faveur de l'hospitalisation à temps partiel suite aux 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 2008, il s'est ainsi créé plus de 9 000 places d'hospitalisation à temps partiel en MCO, venant compléter les 14 000 places déjà existantes. En psychiatrie, le nombre de places est globalement 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 est récente mais n'a que peu d'influence sur le nombre total de places. En moyen séjour, et en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, près de 3 500 places ont été créées en onze ans. En 2008, le nombre de places en court et moyen séjour augmente fortement (respectivement +7,9 % et +7,4 %). En psychiatrie, il croît de 2 %.

La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. En 2008, 42 % des places d'hospitalisation à temps partiel en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont offertes par les cliniques, en particulier en anesthésie et en chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif regroupent près de la moitié des capacités d'hospitalisation à temps partiel en moyen séjour, et 17 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 80 % des places en psychiatrie ainsi que 48 % des places en court séjour avec une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique.

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 2008, 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 ».

Pour en savoir plus

Arnault S., Evain F., Franklader E., Leroux I., 2010, « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 716, février, DREES.

Sources

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

TABEAU 1 ● Évolution du nombre de lits et de places d'hospitalisation de 1998 à 2008 selon le statut de l'établissement

	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif		
	1998	2003	2008	1998	2003	2008
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :						
Soins de court séjour (MCO)	157 637	153 496	149 063	24 126	20 490	18 619
Psychiatrie	44 439	40 866	38 404	11 520	8 030	7 697
Soins de suite et de réadaptation	37 412	38 764	40 521	33 306	31 299	30 361
Soins de longue durée	73 827	72 171	56 152	6 324	6 832	4 755
Total	313 315	305 297	284 140	75 276	66 651	61 432
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :						
Soins de court séjour (MCO)	5 840	7 999	11 232	1 454	1 848	2 190
Psychiatrie	20 300	21 475	22 288	5 413	4 676	4 839
Soins de suite et de réadaptation	892	1 235	2 185	2 336	2 742	3 482
Total	27 032	30 709	35 705	9 203	9 266	10 511

	Établissements privés à but lucratif			Ensemble des établissements		
	1998	2003	2008	1998	2003	2008
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :						
Soins de court séjour (MCO)	68 487	60 143	55 785	250 250	234 129	223 467
Psychiatrie	10 595	10 453	11 040	66 554	59 349	57 141
Soins de suite et de réadaptation	20 086	22 172	27 118	90 804	92 235	98 000
Soins de longue durée	951	986	912	81 102	79 989	61 819
Total	100 119	93 754	94 855	488 710	465 702	440 427
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :						
Soins de court séjour (MCO)	6 945	8 042	9 892	14 239	17 889	23 314
Psychiatrie	131	212	588	25 844	26 363	27 715
Soins de suite et de réadaptation	832	1 040	1 833	4 060	5 017	7 500
Total	7 908	9 294	12 313	44 143	49 269	58 529

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

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 1998, 2003 et 2008, données statistiques.

TABEAU 2 ● Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2008 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	
	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :								
Soins de court séjour (MCO)	149 063	-1,0 %	18 619	-1,3 %	55 785	-2,3 %	223 467	-1,3 %
Psychiatrie	38 404	-1,1 %	7 697	1,6 %	11 040	0,1 %	57 141	-0,5 %
Soins de suite et de réadaptation	40 521	0,5 %	30 361	-0,4 %	27 118	6,4 %	98 000	1,8 %
Soins de longue durée	56 152	-8,8 %	4 755	-10,9 %	912	-2,5 %	61 819	-8,9 %
Total	284 140	-2,4 %	61 432	-1,3 %	94 855	0,3 %	440 427	-1,7 %
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :								
Soins de court séjour (MCO)	11 232	9,8 %	2 190	0,5 %	9 892	7,5 %	23 314	7,9 %
Psychiatrie	22 288	1,7 %	4 839	1,6 %	588	25,6 %	27 715	2,1 %
Soins de suite et de réadaptation	2 185	5,6 %	3 482	3,8 %	1 833	17,7 %	7 500	7,4 %
Total	35 705	4,4 %	10 511	2,0 %	12 313	9,6 %	58 529	5,0 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2007-2008, données statistiques.

L'activité en hospitalisation complète et partielle

En France métropolitaine et dans les DOM, le secteur hospitalier a pris en charge en 2008 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 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 augmente légèrement, tandis qu'en psychiatrie, elle se stabilise. Le nombre de journées d'hospitalisation diminue de 1,2 %. 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 2008, les établissements de santé ont pris en charge 25,2 millions de séjours répartis en 11,9 millions d'hospitalisations à temps complet et 13,2 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 de soins de psychiatrie dans les établissements de santé »). Les soins de courte durée représentent quant à eux 45 % des venues et le moyen séjour 16 %.

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. Le nombre d'entrées s'était cependant globalement stabilisé ces dernières années. En 2008, il augmente légèrement (+0,5 %). Cette évolution laisse apparaître des disparités selon le statut juridique et la discipline d'équipement. L'activité à temps partiel augmente en moyen séjour, se stabilise en psychiatrie et augmente légèrement en médecine, chirurgie et obstétrique. Pour cette dernière discipline, l'évolution doit toutefois être interprétée avec précaution car une modification du codage de certaines activités est intervenue en 2007 suite à la publication par le ministère de la Santé de deux textes, visant à clarifier la répartition des actes hospitaliers entre hospitalisation partielle et consultations externes. Certains actes sont ainsi désormais enregistrés en consultations externes et non plus dans la base des séjours du PMSI.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2008, en France métropolitaine et dans les DOM (hors consultations externes et hors séances). 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 0,2 %).

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. Un séjour supérieur à un jour est classé en hospitalisation de plus d'un jour. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation (hospitalisation complète ou hospitalisation partielle).

Diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

L'activité de soins de longue durée, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre d'entrées, est en fort recul en 2008 (-8,5 %), avec 22 millions de journées (voir tableau 2). Après une augmentation jusqu'en 2001, l'activité a diminué dans cette discipline, suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de certaines unités. Cette baisse devrait toutefois s'interrompre d'ici à 2010, la répartition entre le sanitaire et le médico-social devant en effet intervenir avant fin 2009.

Le nombre de journées d'hospitalisation se stabilise en psychiatrie (+0,1 %) et en médecine, chirurgie, obstétrique (-0,2 %). Le moyen séjour voit son nombre de journées augmenter (+2 %) pour la huitième 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 grande discipline que de mode de prise en charge, varie sensiblement selon le statut juridique des établissements de santé (voir graphique). Les soins de courte durée en hospitalisation complète et partielle sont essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques privées. Les établissements publics et privés à but non lucratif accueillent la plus grande partie des séjours psychiatriques, notamment à temps partiel. Chaque type d'établissements assure une proportion presque équivalente des soins de moyen séjour 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 », « La spécialisation en chirurgie », « La spécialisation en obstétrique »).

• **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 ».

Pour en savoir plus

Arnault S., Evain F., Kranklader E., Leroux I., 2010, « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 716, février, DREES.

Sources

La Statistique annuelle des éta-

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

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

TABLEAU 1 ● Nombre de séjours (entrées et venues) par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2008

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008
Soins de court séjour (MCO)								
- hospitalisation > un jour	6 549 131	1,5 %	846 683	3,1 %	2 956 547	-2,8 %	10 352 361	0,4 %
- hospitalisation < un jour	2 753 990	1,1 %	460 817	4,9 %	2 779 428	-0,8 %	5 994 235	0,5 %
Ensemble	9 303 121	1,4 %	1 307 500	3,7 %	5 735 975	-1,9 %	16 346 596	0,4 %
Psychiatrie								
- hospitalisation complète	445 470	-0,9 %	65 091	-1,1 %	112 425	0,8 %	622 986	-0,6 %
- hospitalisation partielle	4 011 573	-0,6 %	971 843	-3,3 %	171 481	45,7 %	5 154 897	-0,1 %
Ensemble	4 457 043	-0,6 %	1 036 934	-3,2 %	283 906	23,8 %	5 777 883	-0,1 %
Soins de suite et de réadaptation								
- hospitalisation complète	377 477	1,1 %	262 831	-0,1 %	291 184	6,8 %	931 492	2,5 %
- hospitalisation partielle	547 078	4,3 %	988 208	9,5 %	558 590	11,9 %	2 093 876	8,7 %
Ensemble	924 555	3,0 %	1 251 039	7,3 %	849 774	10,1 %	3 025 368	6,7 %
Soins de longue durée								
- hospitalisation complète	31 018	-4,8 %	2 514	-7,9 %	903	27,0 %	34 435	-4,4 %
Total								
- hospitalisation complète	7 403 096	1,3 %	1 177 119	2,1 %	3 361 059	-1,9 %	11 941 274	0,5 %
- hospitalisation partielle	7 312 641	0,4 %	2 420 868	3,1 %	3 509 499	2,6 %	13 243 008	1,5 %
Ensemble	14 715 737	0,9 %	3 597 987	2,8 %	6 870 558	0,3 %	25 184 282	1,0 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2007-2008, données statistiques pour l'activité de court séjour, DREES, SAE 2007-2008, données statistiques pour les autres disciplines.

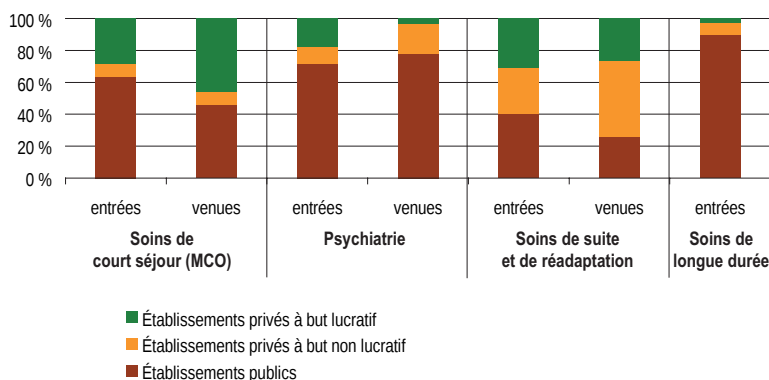
TABLEAU 2 ● Nombre de journées d'hospitalisation complète par grand groupe de disciplines selon le statut de l'établissement en 2008

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008
Soins de court séjour (MCO)	41 407 445	0,5 %	4 829 832	1,9 %	13 515 899	-2,8 %	59 753 176	-0,2 %
Psychiatrie	12 320 820	0,0 %	2 336 845	-0,1 %	3 933 811	0,4 %	18 591 476	0,1 %
Soins de suite et de réadaptation	12 241 226	0,6 %	8 787 249	-0,7 %	9 073 820	6,9 %	30 102 295	2,0 %
Soins de longue durée	19 972 980	-8,7 %	1 734 402	-8,6 %	299 407	9,7 %	22 006 789	-8,5 %
Total	85 942 471	-1,9 %	17 688 328	-0,8 %	26 822 937	0,8 %	130 453 736	-1,2 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2007-2008, données statistiques pour l'activité de court séjour, DREES, SAE 2007-2008, données statistiques pour les autres disciplines.

GRAPHIQUE ● Répartition des séjours en 2008



Les autres prises en charge hospitalières

Les établissements de santé ont réalisé en 2008 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 58 500 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 traduit, avec un léger décalage dans le temps, la transformation des modes de prise en charge intervenue depuis la seconde moitié des années 1980, en France comme à l'étranger. Cette transformation a été rendue possible par des innovations de technologies médicales et médicamenteuses (notamment en anesthésie). Au fur et à mesure de l'apparition de ces progrès, un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) ont pu être effectuées en toute sécurité en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 consacre cette évolution en prévoyant explicitement la création de structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète.

Les alternatives à l'hospitalisation complète (voir définitions) comprennent les activités de soins dispensées par les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires (voir la fiche « L'activité en hospitalisation complète et partielle »). Les structures d'hospitalisation à domicile (voir les fiches « Les structures d'hospitalisation à domicile » et « Les patients hospitalisés à domicile ») assurent également des prises en charge intermédiaires entre l'établissement de santé et la médecine de ville (voir tableau 1).

Après avoir connu un développement considérable au cours des dernières années, l'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique augmente légèrement en 2008. Cette évolution doit toutefois être interprétée avec précaution car une modification du codage de certaines activités est intervenue en 2007 suite à la publication par le ministère de la Santé de deux textes visant à clarifier la répartition des actes hospitaliers entre hospitalisation partielle et consultations externes. Certains actes sont ainsi désormais enregistrés en consultations externes (non étudiées dans cette fiche) et non plus dans la base des séjours du PMSI.

Les séances

Par ailleurs, on comptabilise, en France métropolitaine et dans les DOM, des traitements et cures ambulatoires, en particulier

5,2 millions de séances de dialyse et 3,6 millions de radiothérapie (voir tableau 2). La grande majorité (91 %) des séances de radiothérapie sont réalisées en ambulatoire, principalement dans les cliniques privées.

Sur les 4 millions de préparations de chimiothérapie, plus de la moitié (55 %) sont délivrées à des malades en hospitalisation complète. Le secteur public occupe une place prépondérante dans l'activité de chimiothérapie. En effet, 49 % 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 également 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 21 % des séances de radiothérapie.

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

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

Les consultations mémoires

En France métropolitaine et dans les DOM, 508 entités ayant une activité de médecine ou de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) déclarent avoir une consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Ces consultations ont accueilli 153 000 patients différents au cours de l'année 2008, dont environ 83 000 nouveaux.

Les urgences

En France métropolitaine, les urgences ont accueilli moins de 17 millions de passages en 2008. 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).

Champ

Activités alternatives à l'hospitalisation à temps complet ayant fonctionné en 2008 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** : elles 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 » (Article R6121-4 du code de la santé publique).

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

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

pour des affections non cancéreuses est faible.

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

• **Les centres de lutte contre le cancer (CLCC)** sont au nombre de 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., Mermil-

liod C., 2005, « L'activité de radiothérapie en 2002 », *Études et Résultats*, n° 387, mars, DREES.

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

Sources

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

TABEAU 1 ● **Activité et capacités pour les alternatives à l'hospitalisation complète**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Venues/Séjours (en milliers) (1)	Places	Venues/Séjours (en milliers) (1)	Places	Venues/Séjours (en milliers) (1)	Places	Venues/Séjours (en milliers) (1)	Places
Hospitalisation partielle en MCO :								
dont médecine	1 990	7 487	272	1 198	1 298	2 002	3 561	10 687
dont anesthésie-chirurgie	522	2 730	174	967	1 419	7 855	2 115	11 552
dont gynéco-obstétrique	241	1 015	15	25	62	35	319	1 075
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	4 012	22 288	972	4 839	171	588	5 155	27 715
Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	547	2 185	988	3 482	559	1 833	2 094	7 500
Total	7 313	35 705	2 421	10 511	3 509	12 313	13 243	58 529
Hospitalisation à domicile (2) (HAD) (données hors DOM)	47 281	2 669	65 171	5 443	5 350	627	117 802	8 739

(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 2008, données statistiques ; DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008, données statistiques.

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

Sources • PMSI-HAD 2008, SAE 2008, données statistiques.

TABEAU 2 ● **Nombre de séances en 2008 selon le statut de l'établissement (en milliers)**

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif, dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Chimiothérapie				
Nombre de venues en chimiothérapie	764	328	685	1 778
Nombre de chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète	1 171	466	562	2 199
Nombre total de préparations de chimiothérapie délivrées	1 935	794	1 248	3 977
Radiothérapie				
Nombre de séances sur malades ambulatoires	842	837	1 606	3 284
Nombre de séances sur malades hospitalisés	81	75	177	333
Nombre total de séances	923	912	1 782	3 617
Dialyse				
Nombre de séances	1 477	1 924	1 790	5 191
Nombre total de séances ou de préparations	4 335	3 630	4 820	12 785

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données statistiques.

Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens

En 2008, le nombre d'emplois médicaux (y compris internes) dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM s'établit à 173 000 (+0,8 %). Les établissements publics concentrent les deux tiers de ces emplois. Le nombre d'emplois salariés et libéraux est quasiment stable entre 2007 et 2008, malgré des évolutions contrastées selon les secteurs.

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

En 2008, les emplois médicaux des établissements de santé sont au nombre de 173 000 : 107 000 salariés, 43 000 praticiens libéraux et 23 000 internes et assimilés. Le nombre de postes de médecins, odontologistes et pharmaciens salariés a très peu varié entre 2007 et 2008, tout comme celui des praticiens libéraux (voir tableau 1). Deux tiers des emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics, 24 % des cliniques privées et 10 % des établissements privés à but non lucratif.

Le secteur public enregistre une légère hausse de l'ensemble de ses emplois salariés (+0,4 %). En emplois équivalents temps plein (ETP), cette augmentation est plus prononcée (+1,5 %) (voir tableau 2). Cette situation résulte d'une modification de la structure des emplois au profit des emplois à temps plein : le nombre d'emplois à temps partiel diminue légèrement tandis que le nombre d'emplois à temps complet augmente. Par ailleurs le nombre d'internes augmentent toujours, conformément à la hausse continue du nombre de postes ouverts lors des épreuves classantes nationales (ECN). À l'hôpital, ils représentent 19 % des emplois médicaux. Enfin, environ 2 400 professionnels libéraux exercent dans les hôpitaux locaux.

Dans les établissements privés à but non lucratif, les emplois médicaux augmentent également (+1,8 %). Les emplois salariés sont en légère baisse (-0,2 %), tandis que ceux des libéraux augmentent de 7,7 %. Les internes enregistrent quant à eux une hausse de 6,4 %.

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

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

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

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

• **L'exercice salarié à l'hôpital** à temps plein ou à temps partiel relève

Dans les cliniques privées, les emplois médicaux sont légèrement moins nombreux qu'en 2007 (-0,2 %). Ce résultat est cependant difficile à interpréter. En effet, 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 reflète pour partie les regroupements d'établissements privés ayant eu lieu sur 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 (anesthésie, réanimation, pédiatrie, etc.), quel que soit le secteur dans lequel ils interviennent (voir tableau 3). Toutefois la part des emplois relevant de la médecine générale et des spécialités médicales est plus élevée dans les établissements publics et privés à but non lucratif (4 postes sur 7) que dans les cliniques privées (1 poste sur 2). Celles-ci se consacrent en effet davantage à la chirurgie (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie »). Quant à la moindre proportion des emplois de praticiens consacrés à la biologie médicale, 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.

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 professions de santé, 2009, « Le renouvellement des effec-

tifs médicaux », Rapport 2008-2009, Tome III.

• Vanderschelden M., 2009, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008 », *Études et Résultats*, n° 676, janvier, DREES.

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

Sources

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

TABEAU 1 ● Les emplois médicaux dans les établissements de santé en 2008

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens								
Salariés	90 251	0,4 %	12 169	-0,2 %	4 133	4,3 %	106 553	0,5 %
Libéraux	2 375*	-5,3 %	4 190	7,7 %	36 523	-0,8 %	43 088	-0,3 %
Total	92 626	0,3 %	16 359	1,7 %	40 656	-0,3 %	149 641	0,3 %
Internes	18 504	6,1 %	1 043	6,4 %	14	16,7 %	19 561	6,1 %
Faisant fonction d'internes (FFI)	3 111	-7,3 %	322	-6,7 %	-	-	3 433	-7,2 %
Total internes et FFI	21 615	4,0 %	1 365	3,0 %	14	16,7 %	22 994	4,0 %
Total	114 241	0,9 %	17 724	1,8 %	40 670	-0,2 %	172 635	0,8 %

* Médecins libéraux travaillant dans les hopitaux locaux.
Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, SAE 2007-2008, données administratives.

TABEAU 2 ● Répartition par statut en équivalent temps plein (ETP) des emplois médicaux salariés dans les établissements publics en 2008

	2008	Évolution 2007-2008
Emploi total des salariés	90 251	0,4 %
ETP des hospitalo-universitaires titulaires*	3 102	0,3 %
ETP des praticiens hospitaliers	37 957	1,8 %
ETP des assistants	3 719	-5,5 %
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 066	4,5 %
ETP des attachés	10 054	1,5 %
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	5 347	3,8 %
Total des ETP salariés	62 245	1,5 %

* Par convention les PU-PH sont comptés pour 0,5 en ETP.
Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, SAE 2007-2008, données administratives.

TABEAU 3 ● Les emplois médicaux en établissement de santé en 2008, selon la spécialité

Spécialités	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Structure en %
Médecine générale	14 208	2 391	2 454	19 053	12,7 %
Anesthésie réanimation	7 417	1 081	3 631	12 129	8,1 %
Pédiatrie	3 766	450	638	4 854	3,2 %
Autres spécialités médicales	29 882	6 201	16 095	52 178	34,9 %
Gynécologie-obstétrique	3 964	529	1 838	6 331	4,2 %
Spécialités chirurgicales	11 493	2 328	11 495	25 316	16,9 %
Biologie médicale	5 132	325	1 184	6 641	4,4 %
Psychiatrie	7 911	1 548	1 116	10 575	7,1 %
Pharmaciens	3 379	882	1 326	5 587	3,7 %
Autres	5 474	624	879	6 977	4,7 %
Total	92 626	16 359	40 656	149 641	100,0 %

Lecture • 12,7 % des emplois médicaux en établissement de santé concernent la médecine générale en 2008.
Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, SAE 2008, données administratives.

Les internes dans les établissements de santé

Fin 2008, 19 500 étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sont affectés, dans le cadre de leur internat, dans des établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, soit une augmentation de 6,1 % par rapport à 2007. Le nombre de faisant fonction d'internes (FFI), quant à lui, diminue de 6,4 %. Les internes sont principalement accueillis dans les établissements publics, avec plus d'un interne sur deux en centre hospitalier universitaire (CHU). La majorité travaille en court séjour, à savoir en médecine, chirurgie et obstétrique.

Davantage d'internes en médecine et de moins en moins de FFI

Les études de médecine, pharmacie et odontologie sont composées de trois cycles. Pour les étudiants de médecine, le troisième cycle s'effectue obligatoirement dans le cadre d'un internat. À l'inverse, pour les futurs pharmaciens et odontologistes, ce statut n'est pas systématique et il est même marginal pour les odontologistes. De ce fait, fin 2008, plus de neuf internes sur dix (91,3 %) sont inscrits en médecine (voir tableau 1), ceux inscrits en odontologie en représentent moins de 1 %. Cette répartition reflète celle des professions médicales (hors sages-femmes) exerçant à temps plein au sein des hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) : 95,4 % des « temps plein » (y compris hospitalo-universitaires) sont des médecins. Le nombre d'internes par praticien hospitalier à temps plein est de trois pour quatre en pharmacie et de un pour trois en médecine.

Fin 2008, les internes en pharmacie sont plus nombreux qu'en 2007 (+3,7 %). Le nombre d'internes en médecine augmente lui aussi à un rythme plus soutenu (+6,5 %). En parallèle, bien qu'ils représentent encore 16 % de l'ensemble des internes en médecine et FFI, les effectifs de médecins diplômés en cours de formation complémentaire « faisant fonction d'internes » se réduisent. En effet, ils diminuent de 6,4 % par rapport à 2007, après une baisse de 17,5 % entre 2006 et 2007. Ces mouvements sont liés à la hausse des internes titulaires consécutive à l'augmentation du *numerus clausus* en médecine, qui limite le recours à d'autres catégories de médecins pour effectuer les tâches dévolues aux internes.

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

Quelles que soient leur filière et leur spécialité, la grande majorité des étudiants font leur internat dans des établissements publics, et plus particulièrement dans les CHU (60 %) (voir tableau 2). Seuls 5,3 % des internes sont accueillis en établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) accueillent près de 40 % des internes travaillant dans le secteur PSPH. Cette répartition des internes dépend de la localisation des services agréés, lesquels se situent majoritairement dans les CHU, les centres hospitaliers (CH) de grande taille (au moins 300 lits) et, dans une moindre mesure, les CLCC. Par ailleurs, comme les internes, les FFI exercent principa-

lement dans le secteur public avec près d'un FFI sur deux en CHU. La répartition des internes par catégorie d'établissements est similaire à celle des médecins, pharmaciens et odontologistes à temps plein, plus nombreux dans les CHU et les CH de grande taille. Cependant, le nombre d'internes par praticien salarié à temps plein est 13 fois plus élevé pour un CHU que pour un grand CH. Cette distribution suit aussi, mais dans une moindre mesure, l'activité hospitalière mesurée en entrées : si les CHU et les CH de grande taille, qui accueillent près de 84,7 % des internes, représentent aussi la majorité des entrées (76,9 %), la répartition des internes entre ces deux catégories n'est pas proportionnelle à l'activité observée. Les CH de grande taille représentent en effet 45,6 % des entrées en 2008 mais seulement le quart des internes. De ce fait les CHU, pour un même nombre d'entrées en hospitalisation complète, comptabilisent plus d'internes.

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

La majorité des internes et des FFI (60 %) effectuent leur formation au sein de services appartenant à la discipline d'équipement « médecine, chirurgie et obstétrique - MCO » (voir tableau 3), 27,1 % au sein des « autres disciplines de la section hôpital ». Ces autres disciplines correspondent à l'anesthésie-réanimation, à l'imagerie et aux explorations fonctionnelles, aux urgences, à la biologie médicale, à la pharmacie, ainsi qu'à l'épidémiologie et à la santé publique. Seuls 8,9 % des internes exercent en service psychiatrique ou en service de moyen séjour (soins de suite et réadaptation) ou encore en soins de longue durée. Plus de la moitié (54,3 %) des internes en services psychiatriques travaillent dans des centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS) et 30,8 % en CHU. Là encore, pour un même nombre d'entrées, les services de psychiatrie des CHU comptabilisent trois fois plus d'internes que les CHS (voir tableau 4).

Les médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers travaillent également principalement en MCO (52,1 %) et dans les autres disciplines de la section hôpital (35,3 %). Le nombre d'internes et de FFI par praticien hospitalier à temps plein est d'ailleurs plus important en MCO qu'en psychiatrie, moyen séjour et soins de longue durée (0,47 en MCO contre 0,30 en moyenne pour les autres disciplines). Cependant, pour un même nombre d'entrées, les internes sont moins nombreux dans les services de MCO que dans les autres services.

Champ

Internes des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM en fonction au mois de décembre. Ne sont comptabilisés que les établissements accueillant au moins un interne, quel que soit le nombre de FFI (faisant fonction d'internes). Les cliniques privées ne sont ainsi pas prises en compte dans les calculs.

Définitions

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

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

Pour en savoir plus

- Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2009, « Le renouvellement des effectifs médicaux », Rapport 2008-2009, Tome III.
- Fauvet L., 2010, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009 », *Études et Résultats*, n° 720, février, DREES.
- Vanderschelden M. et Attal-Touber K., 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régio-

nales détaillées », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 12, DREES.

Sources

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

TABLEAU 1 ● Les emplois médicaux dans les établissements de santé accueillant des internes en 2008, selon la spécialité

Spécialités	Internes			Personnel médical temps plein (hors libéraux)		Ratio interne / personnel médical temps plein
	Effectifs	%	Évolution 2007-2008	Effectifs	%	
Pharmacie	1 583	8,1	3,7 %	2 165	4,0	0,73
Odontologie	113	0,6	-19,3 %	286	0,5	0,40
Médecine (médecine générale et spécialité de médecine)	17 850	91,3	6,5 %	51 140	95,4	0,35
Total	19 546	100,0	6,1 %	53 591	100,0	0,36

Lecture • Un interne en médecine est formé pour deux en pharmacie.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données administratives.

TABLEAU 2 ● Les emplois médicaux salariés en établissement de santé en 2008, selon la spécialité et la catégorie d'établissements

Spécialités		Établissements publics			Établissements privés PSPH	dont centres de lutte contre le cancer (CLCC)	Ensemble des établissements
		Centres hospitaliers universitaires (CHU)	Centres hospitaliers (CH) de grande taille (au moins 300 lits)	Autres établissements publics (y compris CHS*)			
Internes	Effectifs	11 659	4 915	1 930	1 042	412	19 546
	%	59,6	25,1	9,9	5,3	2,1	100,0
Faisant fonction d'internes (FFI)	Effectifs	1 643	1 069	370	248	81	3 330
	%	49,3	32,1	11,1	7,4	2,4	100,0
Total du personnel médical salarié à temps plein des établissements ayant des internes	Effectifs	21 980	19 597	9 121	2 893	1 098	53 591
	%	41,0	36,6	17,0	5,4	2,0	100,0
Entrées	Nombre	2 679 114	3 896 694	1 415 478	555 178	148 867	8 546 464
	%	31,3	45,6	16,6	6,5	1,7	100,0
Ratio internes / personnel médical temps plein		0,53	0,25	0,21	0,36	0,38	0,36
Ratio internes / 100 entrées		0,44	0,13	0,14	0,19	0,28	0,23

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

* CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données administratives.

TABLEAU 3 ● Les emplois médicaux salariés en établissement de santé en 2008, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation

Disciplines	Internes et FFI		Personnel médical (1) salarié		Ratio internes / personnel médical (1) salarié	Nombre d'entrées en hospitalisation complète	Ratio Internes / 100 entrées
	ETP	%	ETP	%			
Administration, services hôteliers et techniques	971	4,3	347	0,6	2,80*	-	-
Médecine, chirurgie et obstétrique	13 622	59,7	29 195	52,1	0,47	7 818 825	0,17
Psychiatrie	1 443	6,3	5 409	9,7	0,27	441 023	0,33
Soins de suite et de réadaptation	500	2,2	1 089	1,9	0,46	267 667	0,19
Soins de longue durée	80	0,4	165	0,3	0,49	18 949	0,42
Autres disciplines de la section hôpital	6 181	27,1	19 769	35,3	0,31	-	-
Disciplines sociales et médico-sociales	19	0,1	49	0,1	0,39	20 515	0,09
Ensemble des disciplines	22 815	100,0	56 022	100,0	0,41	8 836 731	0,26

(1) Hors sages-femmes.

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

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données administratives.

TABLEAU 4 ● Les internes en services psychiatriques

Établissements	Internes et FFI		Entrées en psychiatrie	Ratio internes / 100 entrées en psychiatrie
	ETP	%		
CHS	784	54,3	269 752	0,29
CHU	444	30,8	47 188	0,94
CH	154	10,7	113 426	0,14
Autres établissements	61	4,2	10 657	0,57
Ensemble des établissements	1 443	100,0	441 023	0,33

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données administratives.

Sages-femmes et personnels non médicaux salariés

En 2008, les sages-femmes et personnels non médicaux, exerçant à temps plein ou à temps partiel, représentent plus d'un million de salariés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM. Ces emplois représentent, comme en 2007, un peu moins d'un million de personnes en équivalent temps plein et sont majoritairement occupés par des femmes.

Un nombre d'emplois stable dans le secteur public et légèrement en hausse dans le secteur privé

Les sages-femmes et personnels non médicaux salariés rémunérés en décembre (voir définitions) dans les établissements de santé représentent 996 000 personnes en équivalent temps plein (ETP), parmi lesquels les trois quarts exercent dans des hôpitaux publics. Le quart restant se répartit équitablement entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (voir tableau).

En 2008, le nombre d'ETP reste stable dans les établissements publics et augmente légèrement dans les établissements privés à but non lucratif (+0,8 %) et dans les cliniques privées (+0,4 %). Cette tendance s'observe principalement chez les personnels soignants, avec une hausse des ETP de 1,9 % dans les établissements privés à but non lucratif et de 0,7 % dans les cliniques privées. À l'inverse, quel que soit le statut des établissements, les ETP des personnels techniques sont en baisse.

La tendance au renforcement de la qualification des personnels soignants se poursuit dans les établissements de santé, principalement dans les établissements publics et les cliniques privées : le nombre d'emplois d'infirmiers et d'aides-soignants en ETP continue d'augmenter (respectivement +0,7 % et +0,5 %) alors que celui des agents de services hospitaliers diminue (-1,1 %).

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 la quasi-totalité des sages-femmes (98,5 %) et la majorité des infirmiers et des aides-soignants à raison de neuf employés sur dix. À l'inverse, les femmes sont peu présentes parmi le personnel technique (32,3 %). La féminisation est encore plus prononcée dans les cliniques privées où les femmes 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 2008, 22,1 % des emplois non médicaux sont à temps partiel. Les femmes ont trois fois plus recours à ces emplois que les hommes. En effet, 25,4 % des femmes exerçant une profession non médicale travaillent à temps partiel contre 8,1 % des hommes. 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.

Quelle que soit la catégorie de personnel, le temps partiel est plus courant dans les établissements privés que publics (voir graphique 2) : les emplois à temps partiel représentent ainsi 19,9 % des emplois non médicaux dans les établissements publics contre 31,1 % dans les établissements privés à but non lucratif et 25,9 % dans les cliniques privées.

Les emplois de sages-femmes, rééducateurs et psychologues 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 **personnels non titulaires** des établissements publics ne comprennent normalement que les personnels en CDI. Toutefois, il semblerait que certains établissements renseignent également quelques CDD. Pour harmoniser les pratiques et améliorer la couverture de l'emploi public, les CDD seront comptés à partir de la SAE 2009 créant ainsi une rupture de série.

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

• Le personnel est comptabilisé selon l'**emploi** ou le **grade** sur lequel il a été recruté et non pas en fonction de l'unité fonctionnelle (ou du ser-

vice) dans lequel il travaille. Par exemple, une aide-soignante qui travaille dans un service administratif est quand même comptée dans les effectifs des personnels des services de soins.

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

Pour en savoir plus

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

• Le Lan R., 2006, « La réduction du temps de travail vue par les salariés

hospitaliers en 2003 », *Études et Résultats*, n° 469, mars, DREES.

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

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

Sources

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

TABEAU ● Sages-femmes et personnels non médicaux en 2008, emplois en équivalent temps plein (ETP)

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008
Personnels administratifs	87 803	0,3 %	17 381	0,1 %	18 500	-0,2 %	123 684	0,2 %
Personnels soignants	532 529	0,0 %	77 039	1,9 %	94 820	0,7 %	704 388	0,3 %
- sages-femmes	9 356	1,3 %	893	6,3 %	2 236	-2,0 %	12 485	1,1 %
- personnels d'encadrement du personnel soignant	23 009	-1,1 %	3 795	0,0 %	3 153	-2,5 %	29 957	-1,1 %
- infirmiers (1)	216 897	0,2 %	30 960	2,2 %	40 362	1,9 %	288 220	0,7 %
- aides-soignants (2)	186 265	0,3 %	21 907	1,7 %	28 136	0,9 %	236 308	0,5 %
- agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	75 776	-1,4 %	12 733	1,6 %	17 821	-2,0 %	106 331	-1,1 %
- rééducateurs	13 307	-0,5 %	5 257	2,2 %	2 569	6,4 %	21 133	1,0 %
- psychologues	7 918	3,0 %	1 494	5,3 %	542	4,0 %	9 954	3,4 %
Personnels éducatifs et sociaux	10 805	3,6 %	3 280	2,6 %	623	-2,7 %	14 708	3,1 %
Personnels médico-techniques	36 819	-0,2 %	5 092	-1,3 %	3 003	1,3 %	44 913	-0,2 %
Personnels techniques	88 345	-0,7 %	11 436	-4,9 %	8 677	-1,9 %	108 458	-1,2 %
Total	756 301	0,0 %	114 227	0,8 %	125 623	0,4 %	996 151	0,1 %

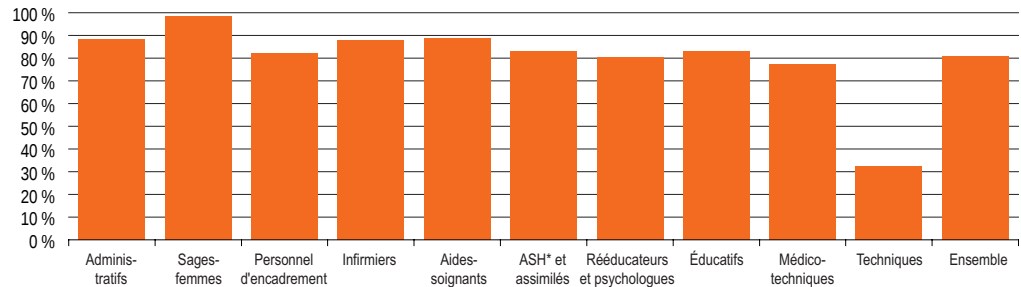
(1) Y compris infirmiers spécialisés et de secteur psychiatrique.

(2) Non compris élèves.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2007-2008, données statistiques.

GRAPHIQUE 1 ● Taux de féminisation des sages-femmes et des personnels non médicaux en 2008

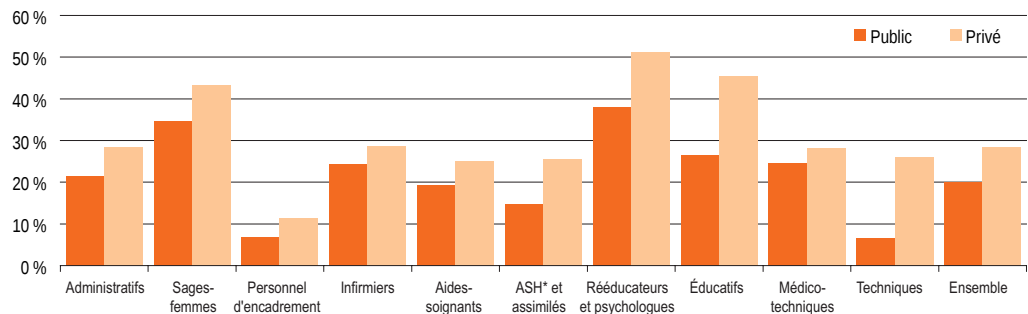


* ASH : Agents de services hospitaliers.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, 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 2008, données statistiques.

Les salaires dans le secteur hospitalier

Dans les établissements de santé, le salaire net annuel moyen pour un emploi à temps complet s'élève à 25 600 euros. Pour les professions non médicales, le salaire moyen est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les revenus sont les plus dispersés, et en particulier croissent davantage avec l'âge. Les salaires moyens des femmes sont plus faibles que ceux des hommes notamment parmi les cadres et les médecins. Les écarts sont plus importants dans le secteur privé que dans le secteur public.

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

En 2008, le salaire net annuel moyen pour un emploi à temps complet s'élève à 25 600 euros, soit 26 200 euros dans le secteur public, 25 000 euros dans le secteur privé à but non lucratif et 21 300 euros dans le secteur privé à but lucratif (voir graphique). Toutefois la comparaison des salaires moyens entre les secteurs public et privé doit être réalisée avec précaution compte tenu d'une structure de qualification différente : la faible proportion de médecins salariés dans le secteur privé à but lucratif par rapport aux autres secteurs influe par exemple sur le salaire moyen observé (voir fiche « Emploi de médecins, odontologistes et pharmaciens »).

Les « médecins, pharmaciens, psychologues » (hors internes) perçoivent un salaire net annuel moyen plus élevé dans le secteur privé à but non lucratif (67 800 euros) que dans le secteur public (58 900 euros) ou que dans le secteur privé à but lucratif (52 300 euros). Pour les professions intermédiaires « soignantes et sociales », à l'inverse, le salaire annuel moyen est plus élevé dans le secteur public (27 000 euros) que dans les secteurs privés à but lucratif et non lucratif (respectivement 24 600 euros et 25 300 euros). De même, les « agents de service et employés administratifs » gagnent respectivement 19 800, 17 700 et 16 600 euros dans les secteurs public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif.

En 2008, la dispersion des salaires, appréciée par le rapport interdécile, est de 2,4 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. Ces dispersions sont extrêmement stables d'une année sur l'autre.

Champ

France métropolitaine et DOM, hors stagiaires, étudiants et internes.

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 par 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.

• **Salaire net annuel moyen** : il 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 imposa-

bles). Le salaire est calculé sur les postes à temps complet, les effectifs étant convertis en années-travail au prorata 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.

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

En 2008, un « médecin, pharmacien, psychologue ou cadre » employé d'un établissement de santé perçoit un salaire de 25 000 euros en moyenne en début de carrière et 64 400 euros entre 50 et 60 ans. 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 21 000 euros tandis que les salariés âgés de 50 à 60 ans perçoivent 31 100 euros. Les écarts selon l'âge sont plus faibles encore pour les agents de service et ouvriers, de 16 600 euros pour les plus jeunes à 21 700 euros pour leurs aînés (voir tableau 1).

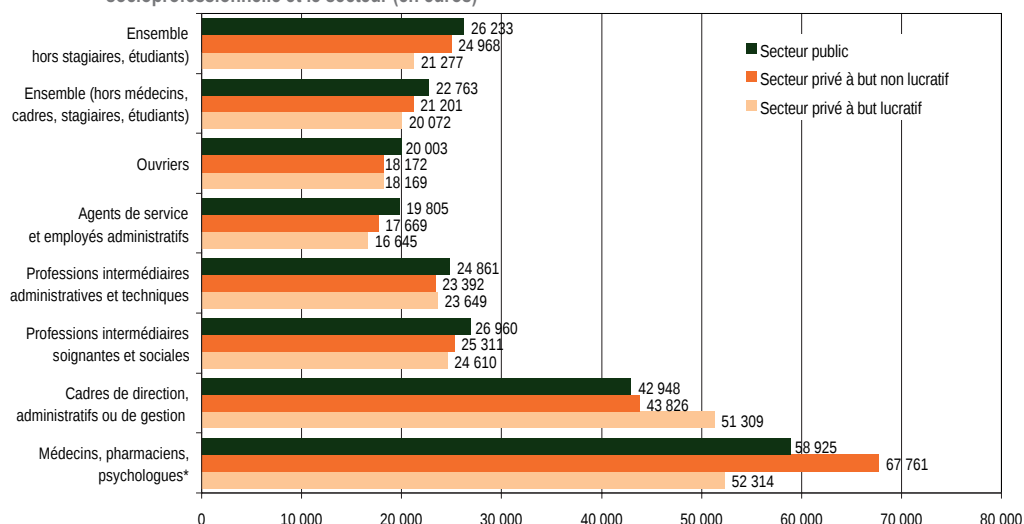
Des écarts de salaires faibles entre hommes et femmes pour les personnels non médicaux

Quels que soient la catégorie socioprofessionnelle et le secteur considérés, le salaire moyen des femmes à temps complet est plus faible que celui des hommes (voir tableau 2). Les écarts sont sensiblement plus importants pour les « médecins, pharmacien, psychologues ou cadre » que pour les autres catégories. Plusieurs facteurs jouent probablement dans le même sens pour expliquer les écarts observés pour cette catégorie : l'âge (les femmes sont en moyenne plus jeunes), la diversité des statuts (cadre de direction, personnel hospitalo-universitaire, praticien hospitalier, praticiens contractuels), etc. Du fait des structures de qualifications différentes, les déclinaisons par secteur des écarts de salaires entre hommes et femmes ne sont comparables entre elles qu'au niveau de la catégorie socioprofessionnelle mais pas sur l'ensemble (hors stagiaires, apprentis). Les écarts de salaires moyens entre hommes et femmes pour chacune des catégories sont plus faibles dans le secteur public que dans le secteur privé.

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.).

GRAPHIQUE ● Salaires nets annuels moyens en 2008 dans le secteur hospitalier selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur (en euros)



* Hors internes, externes et résidents.

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

Sources • INSEE, DADS 2008, traitement DREES.

TABLEAU 1 ● Structure des emplois et salaires nets annuels (SNA) moyens (en euros) par tranche d'âge et catégorie socioprofessionnelle en 2008

Tranches d'âge	Médecins, pharmaciens, psychologues / cadres		Professions intermédiaires soignantes, sociales, administratives et techniques		Agents de service et employés administratifs / ouvriers		Ensemble	
	%	SNA	%	SNA	%	SNA	%	SNA
Moins de 30 ans	4,9	24 995	27,3	20 963	22,0	16 649	22,4	18 945
30 à 39 ans	25,6	44 469	25,0	23 977	22,8	18 107	23,9	23 023
40 à 49 ans	28,7	58 638	22,8	29 064	29,8	19 797	27,0	26 525
50 à 59 ans	30,7	64 366	23,2	31 150	23,8	21 302	24,2	29 949
60 ans ou plus	10,1	70 421	1,8	32 078	1,7	21 666	2,5	44 068
Ensemble (hors stagiaires, apprentis)	100,0	56 906	100,0	26 386	100,0	19 271	100,0	25 562

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

Sources • INSEE, DADS 2008, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Salaires nets annuels moyens selon la catégorie socioprofessionnelle et le sexe en 2008

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur privé à but lucratif			Secteur privé à but non lucratif			Secteur public			Ensemble du secteur hospitalier		
	Hom-mes	Fem-mes	Écart H/F (en %)	Hom-mes	Fem-mes	Écart H/F (en %)	Hom-mes	Fem-mes	Écart H/F (en %)	Hom-mes	Fem-mes	Écart H/F (en %)
Salaires nets annuels moyens (en euros)												
Médecins, pharmaciens, psychologues / cadres	61 864	42 644	45,1	66 549	49 173	35,3	63 092	49 273	28,0	63 420	48 920	29,6
Professions intermédiaires soignantes, sociales, administratives, techniques	26 011	24 305	7,0	26 015	24 840	4,7	27 536	26 674	3,2	27 216	26 175	4,0
Agents de service et employés	17 063	16 643	2,5	18 075	17 622	2,6	19 974	19 777	1,0	19 596	19 170	2,2
Ensemble (hors cadres, médecins, stagiaires, apprentis)	20 846	19 941	4,5	21 783	21 036	3,5	22 757	22 759	0,0	22 509	22 226	1,3
Ensemble (hors stagiaires, apprentis)	25 499	20 481	24,5	31 563	22 744	38,8	31 410	24 383	28,8	31 015	23 737	30,7
Répartition des postes (en %)												
Médecins, pharmaciens, psychologues / cadres	11,1	2,4	-	21,6	6,0	-	22,0	6,2	-	21,1	5,7	-
Professions intermédiaires soignantes, sociales, administratives, techniques	37,6	42,6	-	36,4	44,4	-	28,4	40,2	-	29,9	41,0	-
Agents de service et employés	51,4	55,0	-	42,1	49,6	-	49,6	53,6	-	49,0	53,4	-
Ensemble (hors cadres, médecins, stagiaires, apprentis)	88,9	97,7	-	78,4	94,0	-	78,0	93,8	-	78,9	94,3	-
Ensemble (hors stagiaires, apprentis)	100,0	100,0	-	100,0	100,0	-	100,0	100,0	-	100,0	100,0	-

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

Sources • INSEE, DADS 2008, traitement DREES.

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 d'âge de la population varie fortement : proche de celle de la métropole en Martinique et en Guadeloupe, elle est, en revanche, nettement plus jeune à La Réunion et en Guyane. En 2008, la population des DOM représente près de 3 % de la population française, soit 1,8 million de personnes.

La Guyane et la Corse sont maintenant les seules régions françaises à ne pas avoir de centre hospitalier régional (CHR) (voir tableau 1). Le CHR de La Réunion, prévu par le décret du 27 avril 2007, a en effet été créé : il réunit le centre hospitalier Félix Guyon et le groupe hospitalier Sud Réunion (ce qui fait qu'il n'apparaît pas toujours dans la catégorie CHR dans les recueils). Par ailleurs, la Guyane et La Réunion ne disposent pas d'hôpital local. La Guyane est également la seule région à ne pas avoir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, l'offre publique reposant uniquement sur les deux centres hospitaliers généraux. En nombre de lits pour 10 000 habitants, la Guadeloupe et la Martinique sont les DOM qui se rapprochent le plus de la métropole, alors que la Guyane et La Réunion ont des taux d'équipement plus faibles (voir tableaux 2 et 3). Ainsi, par exemple, en soins de moyen séjour (suite et réadaptation), la Guadeloupe et la Martinique disposent environ de 14 lits pour 10 000 habitants, contre 16 en France métropolitaine, alors que la Guyane et La Réunion en ont aux alentours de 5. En tenant compte de la structure d'âge, et notamment des plus de 50 ans, ces écarts restent semblables. En nombre de places pour 10 000 habitants, les écarts sont globalement plus resserrés. En médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), seule la Guyane a un taux très faible (1 place pour 10 000 habitants), alors que les autres DOM en disposent de 3 et la métropole de 4.

Médecine, chirurgie, obstétrique

Globalement, rapportée à la population, l'activité MCO en hospitalisation complète est plus faible dans les DOM qu'en France métropolitaine. Le taux d'hospitalisation varie entre 1 310 et 1 530 entrées pour 10 000 habitants dans les DOM alors qu'il est en moyenne de 1 630 en métropole (voir tableau 4). Si la tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) en métropole s'observe aussi dans les DOM, la situation en 2008 est contrastée : la DMS est ainsi supérieure ou équivalente à la moyenne nationale (5,8 jours) en Antilles-

Guyane (entre 5,8 et 6,4 jours selon le DOM), mais est inférieure à La Réunion (5,0 jours).

L'hospitalisation partielle en MCO rapportée à la population est également moins développée dans les DOM qu'en métropole, en Guyane notamment. Dans ce DOM, la géographie particulière du pays, l'éloignement des villages par rapport aux établissements de santé y expliquent la faible part de cette prise en charge. Il est toutefois prévu l'ouverture prochaine d'une unité de chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Cayenne, qui permettra l'augmentation du taux de pratique de cette activité. En MCO, le taux d'hospitalisation partielle est de 20 % en Guyane alors que la Guadeloupe et La Réunion sont les DOM qui ont les taux les plus proches de la métropole (respectivement 35 % et 32 % contre 37 %).

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 de psychiatrie en hospitalisation partielle est la plus développée : 556 venues pour 10 000 habitants contre au plus 303 en Guadeloupe. Pourtant, en nombre de places pour 10 000 habitants, la Guadeloupe est mieux dotée (4 places pour 10 000 habitants) que les autres DOM et en particulier la Martinique et la Guyane (1 place pour 10 000 habitants dans chaque DOM) ; elle se situe à un niveau équivalent à celui de la France métropolitaine.

En hospitalisation complète, La Réunion enregistre un nombre de lits rapporté à la population inférieur à celui des Antilles et de la métropole, alors que le nombre d'entrées y est relativement élevé, proche de la moyenne nationale. Cette forte activité s'explique par une durée moyenne de séjour bien plus faible à La Réunion que dans les autres DOM : 14,0 jours contre 39,4 en Guyane et 31,6 en Guadeloupe. Elle est de 30,1 jours en France métropolitaine.

Les soins de suite et de réadaptation

En hospitalisation complète, la Martinique et la Guadeloupe enregistrent quasiment le même nombre d'entrées en moyen séjour rapportées à la population, niveau quasiment équivalent à celui de la France métropolitaine. L'activité de moyen séjour en Guyane est au contraire peu développée, en raison notamment de sa population plus jeune et de l'organisation de son territoire. En hospitalisation partielle, des écarts importants existent entre chaque DOM et la métropole.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2008, 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 » ; pour les notions de **lits et places, d'hospitalisation complète et partielle**, voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».
- **Durée moyenne de séjour** : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre d'entrées observées pour l'hospitalisation de plus 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 ».

Pour en savoir plus

Adiaus 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 établis-

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

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

TABLEAU 1 ● Établissements de santé par catégorie d'établissements en 2008

	DOM				France métropolitaine
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Secteur public (entités juridiques)	10	12	2	5	954
CHR/CHU	1	1	0	0 (*)	29
Centre hospitalier (CH)	6	9	2	4 (*)	490
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	1	1	0	1	87
Hôpital local	2	1	0	0	331
Autre établissement public	0	0	0	0	17
Secteur privé (établissements)	13	4	6	16	1 762
Établissement de soins de court séjour ou pluridisciplinaire	9	2	4	8	727
Centre de lutte contre le cancer	0	0	0	0	20
Établissement de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	1	236
Établissement de soins de suite et de réadaptation	3	2	1	6	662
Établissement de soins de longue durée	1	0	0	0	83
Autre établissement privé	0	0	1	1	34
Ensemble	23	16	8	21	2 716

* Le CHR de La Réunion, regroupement du centre hospitalier Félix Guyon et du groupe hospitalier Sud Réunion, est compté dans les recueils comme deux CH distincts.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données statistiques.

TABLEAU 2 ● Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2008

		DOM				France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Lits	Médecine, chirurgie, obstétrique	1 517	1 314	661	1 905	218 070
	Psychiatrie	284	250	84	328	56 195
	Soins de suite et de réadaptation	548	530	98	508	96 316
	Soins de longue durée	347	200	100	79	61 093
Places	Médecine, chirurgie, obstétrique	129	103	23	204	22 855
	Psychiatrie	181	50	15	278	27 191
	Soins de suite et de réadaptation	69	31	0	157	7 243
Population au 1 ^{er} janvier 2008 (en milliers)		402 500	399 500	221 500	805 500	62 131 000

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données statistiques ; INSEE, estimations localisées de population, au 1er janvier 2008 (provisoires).

TABLEAU 3 ● Nombre de lits et de places installés pour 10 000 habitants au 31 décembre 2008

		DOM				France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Lits	Médecine, chirurgie, obstétrique	38	33	30	24	35
	Psychiatrie	7	6	4	4	9
	Soins de suite et de réadaptation	14	13	4	6	16
	Soins de longue durée	9	5	5	1	10
Places	Médecine, chirurgie, obstétrique	3	3	1	3	4
	Psychiatrie	4	1	1	3	4
	Soins de suite et de réadaptation	2	1	0	2	1

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données statistiques ; INSEE, estimations localisées de population, au 1er janvier 2008 (provisoires).

TABLEAU 4 ● Activité des établissements de santé et nombre d'habitants en 2008

		DOM				France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Entrées en hospitalisation complète	Médecine, chirurgie, obstétrique	61 516	55 983	31 239	105 498	10 098 125
	Psychiatrie	2 888	5 416	778	7 728	606 176
	Soins de suite et de réadaptation	5 441	5 206	1 060	6 127	913 658
	Soins de longue durée	303	213	178	21	33 720
Venues en hospitalisation partielle	Médecine, chirurgie, obstétrique	33 691	23 235	7 714	48 603	5 880 992
	Psychiatrie	12 190	4 999	2 112	44 803	5 090 793
	Soins de suite et de réadaptation	20 800	9 347	0	43 778	2 019 951
Population au 1 ^{er} janvier 2008 (en milliers)		402 500	399 500	221 500	805 500	62 131 000

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008, données statistiques pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2008, données statistiques pour les autres disciplines ; INSEE, estimations localisées de population, au 01/01/2008 (provisoires).

3 Médecine, chirurgie, obstétrique

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

Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités

En 10 ans, le nombre de lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a diminué de près de 27 000, alors que dans le même temps se sont développées les capacités d'hospitalisation à temps partiel. Entre 2007 et 2008, l'activité d'hospitalisation complète évolue peu tandis que l'hospitalisation partielle, toujours affectée par des fluctuations d'ordre administratif, semble légèrement rebondir. Les durées moyennes de séjour restent stables.

Entre 1998 et 2008, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en court séjour a diminué de près de 27 000, pour atteindre quelque 223 000 lits en fin de période. Cette diminution s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -5 % pour les établissements publics, -19 % pour les cliniques privées et -23 % pour les établissements privés à but non lucratif. Ces écarts d'évolution n'ont cependant pas modifié de façon significative la répartition globale des lits entre les différents secteurs.

23 000 places d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique en 2008

Le développement de l'hospitalisation partielle a été, en contrepartie, particulièrement important en MCO. On dénombre ainsi près de 23 000 places dédiées à ce mode de prise en charge en 2008, contre 14 000 en 1998. En fin de période, 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 est globalement stable en 2008 (+0,4 %), résultat dû à une hausse du nombre de séjours dans les secteurs public et privé à but non lucratif et à une baisse dans les établissements privés à but lucratif (voir tableau 2). Avec une diminution de 4 % entre 2007 et 2008, les hospitalisations chirurgicales à temps complet dans le secteur privé à but lucratif sont en net repli.

L'hospitalisation de moins d'un jour a connu une progression considérable jusqu'en 2006. En 2007, les modifications du codage des prises en charge - liées à la circulaire sur les actes frontalières et à l'arrêté sur les forfaits « sécurité-environnement » (SE) - ont eu pour effet de conduire à une baisse apparente très nette de l'hospitalisation partielle par rapport à 2006,

au profit notamment des consultations externes. En 2008, on constate une stabilisation de l'hospitalisation partielle par rapport à 2007 (+0,5 %). Cependant, les deux premiers mois de l'année 2007 étant antérieurs à l'arrêté sur les forfaits SE, la comparaison ne se fait pas à champ totalement constant d'une année sur l'autre. Ceci implique de prendre les chiffres en hospitalisation partielle avec précaution. À champ constant, c'est-à-dire hors forfaits SE (voir définitions), l'hospitalisation partielle est plus dynamique que l'hospitalisation complète (+1,9 % par rapport à 2007).

La forte hausse du nombre de séjours chirurgicaux de moins d'un jour dans les établissements publics (+12,5 %) et privés à but non lucratif (+10,8 %) est à souligner, même si les hospitalisations partielles en chirurgie restent de loin l'apanage des cliniques privées. C'est par contre de moins en moins le cas pour les hospitalisations de plus d'un jour, avec un nombre de séjours chirurgicaux dans le secteur public qui se rapproche sensiblement de celui du secteur privé à but lucratif. Les activités de médecine et d'obstétrique sont quant à elles principalement prises en charge par les hôpitaux publics. La médecine est d'ailleurs de loin l'activité principale des établissements publics puisque 65 % des entrées et 72 % des venues ayant lieu dans ces établissements relèvent de cette discipline (voir graphique).

Stabilisation de la durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète reste stable en 2007, à 5,8 jours. C'est dans les hôpitaux publics qu'elle est la plus longue (6,3 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (4,6 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 4,8 jours quel que soit le statut juridique de l'établissement.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2008 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,2 % des séjours). Il en est de même pour les séjours des nouveaux-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

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. Un séjour d'une durée supérieure à un jour est classé en hospitalisation de plus d'un jour.

• **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont définies dans la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».

• **Le classement des séjours** en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affectation se fera en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit

où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ».

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

• **L'arrêté sur les forfaits « sécurité et environnement hospitalier »** (SE) a été publié le 27 février 2007 dans le but d'améliorer et d'harmoniser les pratiques de codage des établissements. Il liste un certain nombre d'actes qui, s'ils sont effectués sans anesthésie mais nécessitent tout de même l'utilisation du secteur opératoire ou la mise en observation du patient, sont enregistrés en consultations externes, et non plus dans la base des séjours du PMSI.

Ils sont sortis du champ de l'activité d'hospitalisation partielle et débouchent alors sur une facturation au forfait.

• **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 ».

Pour en savoir plus

Arnault S., Evain F., Kranklader E., Leroux I., 2010, « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 716, février, DREES.

Sources

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

TABLEAU 1 ● Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2008 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	93 843	7 487	9 434	1 194	11 791	2 002	115 068	10 683
Chirurgie	40 378	2 730	7 604	937	38 075	7 855	86 057	11 522
Gynéco-obstétrique	14 842	1 015	1 457	25	5 919	35	22 218	1 075
Total	149 063	11 232	18 495	2 156	55 785	9 892	223 343	23 280

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données statistiques.

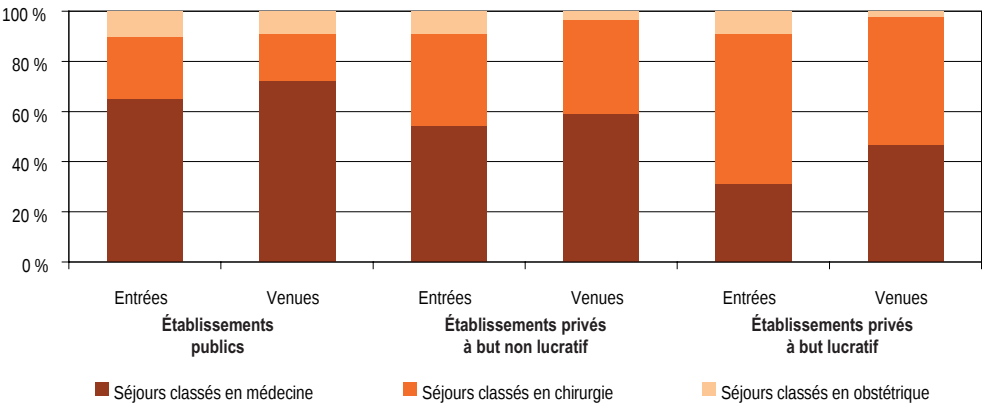
TABLEAU 2 ● Nombre de séjours en 2008 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	4 258 936	2,0 %	461 480	4,2 %	929 474	-0,4 %	5 649 890	1,8 %
Séjours classés en chirurgie	1 619 469	0,2 %	309 796	1,5 %	1 760 358	-4,0 %	3 689 623	-1,7 %
Séjours classés en obstétrique	670 726	1,4 %	75 407	4,0 %	266 717	-3,3 %	1 012 850	0,3 %
Total	6 549 131	1,5 %	846 684	3,1 %	2 956 549	-2,8 %	10 352 364	0,4 %
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	1 990 308	-1,2 %	272 107	1,6 %	1 298 097	-3,4 %	3 560 512	-1,8 %
Séjours classés en chirurgie	522 336	12,5 %	173 524	10,8 %	1 418 959	2,1 %	2 114 819	5,2 %
Séjours classés en obstétrique	241 346	-1,8 %	15 186	0,8 %	62 371	-11,0 %	318 903	-3,6 %
Total	2 753 991	1,1 %	460 818	4,9 %	2 779 428	-0,8 %	5 994 237	0,5 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2007-2008, données statistiques.

GRAPHIQUE ● Répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique selon le statut de l'établissement en 2008



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008, 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, 447 000 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) concernent des nourrissons, soit 2,7 % des séjours à temps complet et partiel, alors qu'ils 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 55 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 2008, le nombre de patients hospitalisés en France métropolitaine et dans les DOM en médecine, chirurgie et obstétrique a ainsi été évalué à 10,5 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 5,9 millions de femmes et 4,6 millions d'hommes. Ainsi, 16 % de la population française connaît une hospitalisation en médecine, chirurgie ou obstétrique au moins une fois dans l'année. 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, avant 29 ans, le nombre moyen d'hospitalisations dans l'année, pour ceux ayant été hospitalisés au moins une fois, s'établit autour de 1,3 (voir graphique 2). Les personnes hospitalisées de plus de 70 ans le sont plus fréquemment, avec près de 1,8 hospitalisation en moyenne.

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

Parmi les personnes hospitalisées dans le Limousin, 16 % (soit 35 000 personnes) sont originaires d'autres régions, principalement des régions Aquitaine, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Centre. Ceci s'explique par la forte attractivité des départements de la Haute-Vienne et de la Corrèze pour les habitants de la Dordogne et du Lot. De la même manière, 10 % des personnes hospitalisées en Bourgogne (soit 42 000 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 44 000 personnes). Au final, 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 50 % pour les patients de 45 à 84 ans. Passé cet âge, les personnes âgées sont traitées dans 60 % des cas par les hôpitaux publics.

Cette répartition, caractéristique de la spécialisation des établissements par type de patientèle, se confirme lorsque l'on analyse l'ensemble des recours à l'hôpital par groupe d'âge : les deux périodes extrêmes de la vie sont surtout prises en charge, en soins aigus, par le secteur public. Toutes pathologies confondues, la part des enfants de moins de 5 ans pris en charge par le secteur public est de 75 % (82 % pour les moins de 1 an), et celle des personnes âgées de 85 ans ou plus est de 69 %.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2008 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux

n'est pas comptabilisée (moins de 0,2 % des séjours). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

Les différents statuts juridiques des

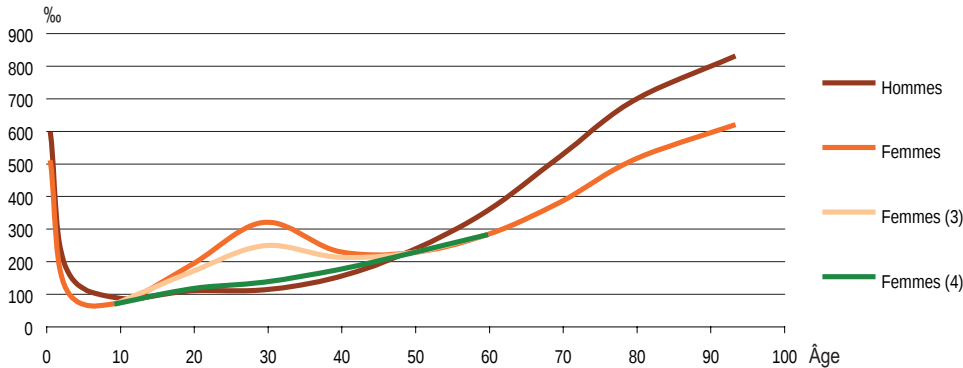
établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Sources

Le Programme de médicalisation

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

GRAPHIQUE 1 ● Taux d'hospitalisation selon l'âge dans les services de soins de courte durée MCO (1) des établissements de santé en 2008 (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.

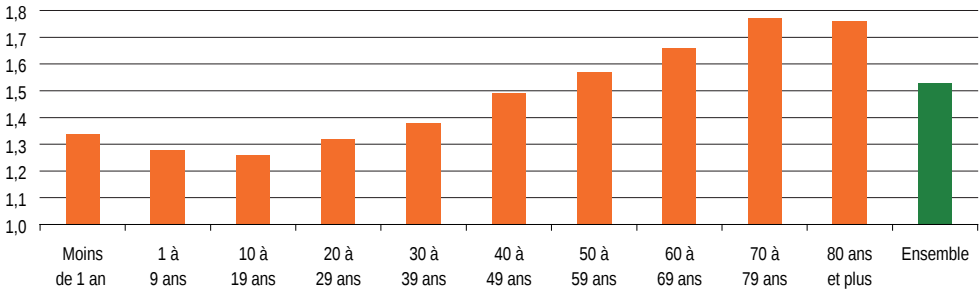
(3) Non compris accouchement unique et spontané (code O80 de la CIM de l'OMS 10^e révision).

(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 • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008, données statistiques, INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2008 (publication mars 2010).

GRAPHIQUE 2 ● Nombre moyen d'hospitalisations dans l'année en 2008, par classe d'âge

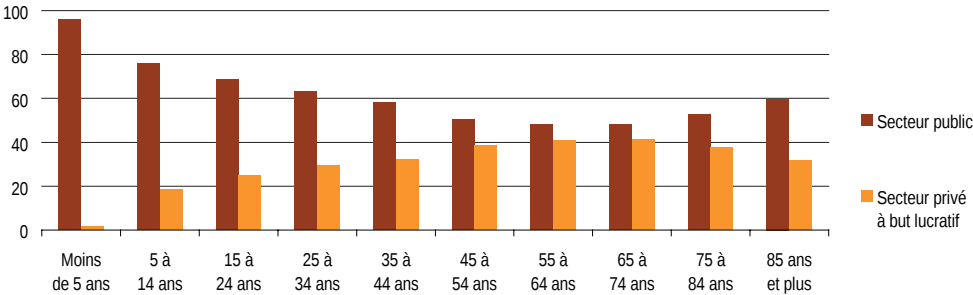


Note • Les séjours des bébés restés près de leur mère ne sont pas inclus.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008, données statistiques.

GRAPHIQUE 3 ● Prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif selon l'âge des patients en 2008 dans les secteurs public et privé à but lucratif (en %)



Lecture • 96 % des gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge par le secteur public, contre 1,6 % par le secteur privé à but lucratif.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008, données statistiques.

Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours

En 2008, 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 restent les principaux motifs d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en France métropolitaine et dans les DOM. Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs.

Prépondérance des traumatismes pour les jeunes hommes et des séjours liés à la maternité pour les jeunes femmes

En 2008, avant 25 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont, pour les jeunes hommes, les traumatismes (13,6 % des séjours) et, pour les jeunes femmes, l'ensemble des séjours liés à la maternité (20,5 % 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, viennent ensuite. Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont également un motif de recours fréquent.

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

Entre 25 et 64 ans, toujours en 2008, 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 : 17,1 % chez les hommes et 16,0 % chez les femmes. Les maladies de l'appareil digestif sont également un motif fréquent.

Avant 45 ans, les séjours pour traumatismes et empoisonnements sont particulièrement nombreux chez les hommes. Il s'agit en effet du 1er 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 15,0 %).

Prééminence des maladies de l'appareil circulatoire après 64 ans

À partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital : elles représentent près d'un séjour hospitalier sur sept pour l'ensemble des patients âgés. Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont aussi souvent à l'origine des séjours hospitaliers. Les maladies de l'œil sont également un motif de recours à l'hospitalisation important, notamment pour les femmes : la cataracte est à elle seule responsable de près de 11 % des hospitalisations des femmes âgées. En outre, pour les femmes comme pour les hommes, les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs sont fréquemment à l'origine des séjours à partir de 65 ans.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2008 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,2 % des séjours). 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 et restés auprès de leur mère.

Définitions

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal retenu dans chaque séjour hospitalier. Ce diagnostic prin-

cipal 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 10 comporte un système de codage qui permet d'attribuer deux codes à certains diagnostics. Ces derniers contiennent des informations relatives à la fois à une maladie généralisée initiale (étiologie) et à une manifestation localisée à un organe donné (manifestation clinique). Dans ce cas, le PMSI retient 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 (ATIH). Dans leur

niveau agrégé, utilisé dans le graphique, les groupes de pathologies correspondent aux chapitres de la CIM 10. Ces derniers réunissent les maladies, soit dans des agrégats les localisant selon leur siège anatomique ou fonctionnel (maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'œil et de ses annexes, etc.), soit dans des agrégats généraux (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, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ».

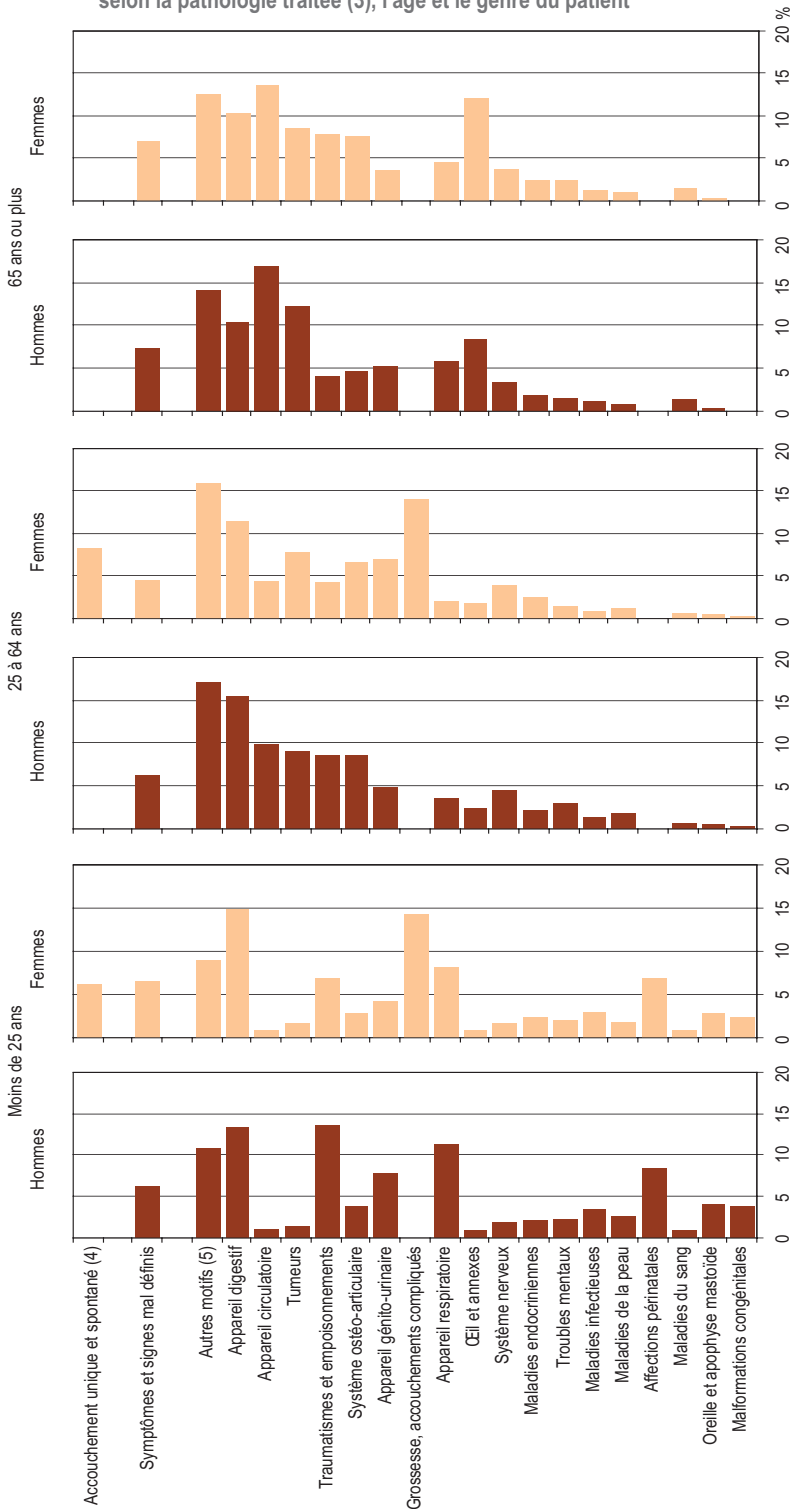
Pour en savoir plus

- Mouquet M.-C., 2010, « Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier : les traumatismes pour les enfants, les maladies de l'appareil circulatoire pour les plus de 64 ans », in *L'état de santé de la population - Rapport 2009-2010*, DREES.
- 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 DGOS et l'ATIH fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

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



Lecture • En dehors de l'accouchement unique et spontané et des syndromes, 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 d'au moins un jour (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins d'un jour pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique.

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

(4) Code O80 de la CIM de l'OMS 10e 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 • DGOS-DREES, PMSH-MCO 2008, 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, en 2008, 67 % des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), contre 56 % dans les établissements privés à but non lucratif et 39 % dans les cliniques privées. Ces dernières privilégient les séjours médicaux inférieurs à deux nuits, notamment pour la pratique des endoscopies, actes médicaux les plus fréquents dans ces établissements.

En 2008, plus des deux tiers des séjours médicaux étaient réalisés par le secteur public

La part du secteur public dans l'activité de médecine (68 %) est majoritaire pour quasiment tous les groupes d'activités (voir graphique). Le rôle du secteur public est d'ailleurs 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 affections du système nerveux.

C'est pour les pathologies de l'appareil digestif que le poids du secteur public est le plus faible : cela s'explique par la part prépondérante qu'occupent les endoscopies dans ce pôle d'activité, celles-ci étant réalisées dans leur majorité dans les cliniques privées. Ceci n'empêche pas les hôpitaux publics, en dehors de cet acte spécifique, de prendre notamment en charge 70 % des gastro-entérites et des affections du tube digestif (voir tableau).

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 32 %. Cette part est en légère diminution par rapport à 2007, en raison de la publication de l'arrêté sur les forfaits sécurité et environnement hospitalier (SE). Certains séjours comptabilisés comme de l'ambulatoire les deux premiers mois de l'année 2007 – antérieurs à l'arrêté – sont en effet depuis considérés comme des consultations externes. D'où une baisse apparente de l'hospitalisation partielle, notamment en médecine, entre 2007 et 2008.

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

Moins d'un quart des séjours médicaux ont lieu dans les cliniques privées. Celles-ci jouent un rôle prépondérant dans la prise en charge des endoscopies. Elles accueillent en effet 75 % des endoscopies biliaires et digestives – de loin les plus nombreuses –, 52 % des endoscopies urinaires, 46 % des endoscopies bronchiques et 47 % des endoscopies oto-rhino-laryngologiques (ORL). Au final, plus d'1,1 million d'endoscopies sont réalisées dans les cliniques privées. Elles constituent plus de la moitié de l'activité médicale de ces établissements. En dehors des endoscopies, le poids des cliniques privées est également très important dans la prise en charge des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (45 %). Lorsqu'ils sont interventionnels, et donc à visée thérapeutique, ceux-ci

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2008 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séjours). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,2 % des séjours). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

• **Groupes d'activités** : les informa-

tions médicalisées sur les séjours hospitaliers 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

débouchent souvent sur la mise en place d'endoprothèses vasculaires, c'est-à-dire de stents placés dans les coronaires et les autres vaisseaux.

Ces endoscopies et cathétérismes vasculaires sont souvent réalisés en ambulatoire, ce qui explique que la part des séjours médicaux de moins d'un jour atteigne 58 % dans les établissements privés à but lucratif, soit une proportion près de deux fois plus importante que dans le secteur public. Cette part est en légère diminution par rapport à 2007. L'arrêté sur les forfaits « sécurité-environnement » a effectivement eu pour effet de conduire à une baisse apparente de l'hospitalisation partielle par rapport à 2007.

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 »).

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 20 % des prises en charge – et les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète (28 % des prises en charge).

La part de l'ambulatoire dans l'activité médicale des établissements privés à but non lucratif est de 37 %.

Une évolution des parts de prise en charge en faveur des établissements publics

Entre 2007 et 2008, le poids du secteur public dans l'activité médicale a légèrement augmenté, passant de 67 % à 68 %. Ce phénomène s'observe au sein de tous les groupes d'activités, à l'exception des séjours d'hématologie, pour lesquels la part du secteur public recule de 0,5 point, et de ceux concernant les nouveau-nés, en repli de 1,1 point. Les établissements privés à but non lucratif accueillent comparativement davantage de séjours médicaux de nouveau-nés (+1,4 point).

Les groupes d'activités pour lesquels la part des cliniques privées diminue le plus fortement sont l'orthopédie-rhumatologie (-1,3 point) et l'uro-néphrologie (-3,2 points).

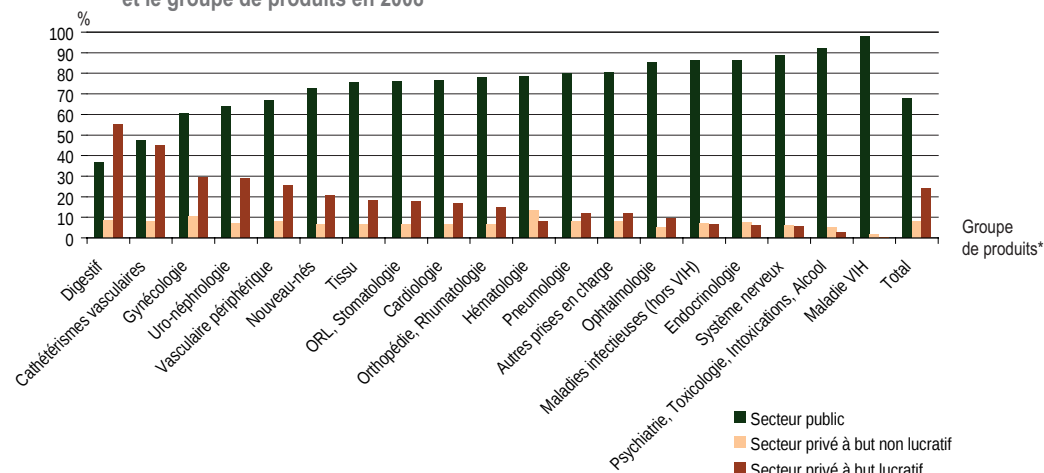
Pour en savoir plus

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

GRAPHIQUE ● Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le groupe de produits en 2008



Lecture • 36,8 % de l'activité médicale digestive est prise en charge par le secteur public, contre 55,0 % par le secteur privé à but lucratif et 8,3 % par le secteur privé à but non lucratif.

* Il n'est pas présenté dans ce graphique le pôle d'activité « Chimiothérapie, radiothérapie et transfusion ».

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008, données statistiques.

TABLEAU ● Répartition des prises en charge médicales selon le statut de l'établissement et le type d'activités en 2008

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activité médicale	9 209 000	67,9	8,0	24,2
Appareil digestif, dont :	2 182 000	36,8	8,3	55,0
Gastro-entérites et affections du tube digestif	403 000	69,7	7,3	23,0
Endoscopies (séjours inférieurs à 2 nuits)*	1 388 000	16,5	8,8	74,7
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux nuits*	121 000	80,9	7,4	11,7
Orthopédie, Rhumatologie	342 000	78,1	6,8	15,1
Uro-néphrologie, dont :	506 000	63,9	7,0	29,1
Infections reins et voies urinaires, lithiases	155 000	59,7	7,6	32,7
Endoscopies (séjours inférieurs à 2 nuits)*	95 000	40,1	8,1	51,9
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux nuits*	94 000	74,1	6,9	19,1
Système nerveux, dont :	592 000	88,4	6,1	5,5
Convulsions, épilepsie, céphalées	126 000	92,7	4,2	3,1
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux nuits*	126 000	87,0	7,0	6,0
Cardiologie, dont :	668 000	76,4	6,6	17,1
Coronaropathies	65 000	82,9	5,4	11,8
Troubles du rythme/conduction	104 000	73,6	6,3	20,1
Pneumologie, dont :	690 000	80,1	7,9	12,0
Bronchites et asthme	189 000	85,1	6,7	8,2
Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	107 000	81,1	8,0	11,0
Infections respiratoires	149 000	85,5	7,1	7,4
ORL, Stomatologie	173 000	76,1	6,3	17,6
Nouveau-nés	235 000	72,8	6,7	20,5
Hématologie	352 000	78,7	13,6	7,8
Endocrinologie, dont :	350 000	86,5	7,4	6,2
Diabète	140 000	86,4	8,4	5,3
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	344 000	92,1	5,2	2,8
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	360 000	47,4	7,8	44,8
Autres prises en charge, dont :	1 759 000	80,3	7,9	11,9
Iatrogénie et intoxications médicamenteuses	133 000	93,0	3,9	3,2
Soins palliatifs	95 000	62,6	17,1	20,3
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux nuits*	941 000	83,1	6,6	10,2

* Les séjours inférieurs à deux nuits comprennent les séjours en ambulatoire (moins de un jour ou zéro nuit) et ceux s'étalant sur deux jours.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008, données statistiques.

La spécialisation en chirurgie

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

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

Bien qu'ils ne totalisent que 37 % de l'activité de chirurgie en 2008, 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 (97 %) 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 cette part est beaucoup plus élevée pour les interventions lourdes (50 %), comme celles sur l'orbite (73 %) ou intra-oculaires (62 %). En chirurgie orthopédique, la part du public est de 40 %, mais elle s'élève à 81 % pour les fractures, entorses et luxations.

En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements publics est de 24 %.

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 55 % de leur activité de médecine, chirurgie et obstétrique en 2008. La part des cliniques privées est prépondérante pour plusieurs groupes d'activités et atteint 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 72 % des arthroscopies, 65 % des chirurgies de la main et du poi-

gnet, 66 % des circoncisions hospitalisées, 73 % des ligatures des veines, 70 % des amygdalectomies, végétations et poses de drains trans-tympaniques ainsi que 74 % de la chirurgie de la cataracte. Au final, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est de 45 %, c'est-à-dire quasiment deux fois plus importante que celle du secteur public.

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

En 2008, les établissements privés à but non lucratif assurent 8 % du total de l'activité chirurgicale. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer. Comme pour la médecine (voir la fiche « La spécialisation en médecine »), l'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses. La chirurgie gynécologique, et en particulier le traitement des tumeurs malignes du sein (32 %), est réalisée à hauteur de 13 % par ces établissements. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale atteint 36 %.

Une évolution des parts de prise en charge en faveur des établissements publics

Entre 2007 et 2008, le poids du secteur public dans l'activité chirurgicale a légèrement augmenté, passant de 36 % à 37 %, au détriment des cliniques privées. Les activités chirurgicales pour lesquelles la hausse de la part du secteur public est la plus élevée sont le vasculaire périphérique (+1,4 point), le pôle ORL et stomatologie (+1,8 point) et la gynécologie (+1,5 point). Le poids des cliniques privées, qui passe dans l'ensemble de 56 % à 55 %, s'accroît néanmoins dans quelques activités. Ainsi, les interventions sur le système nerveux (+1,4 point), la chirurgie ophtalmique lourde (+1,6 point) et les interventions plastiques (+2,2 points) sont des activités sur lesquelles le secteur privé à but lucratif renforce sa présence par rapport aux hôpitaux publics.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2008 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,2 % des séjours). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

• **Groupes d'activités** : les informa-

tions médicalisées sur les séjours hospitaliers 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).

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

Pour en savoir plus

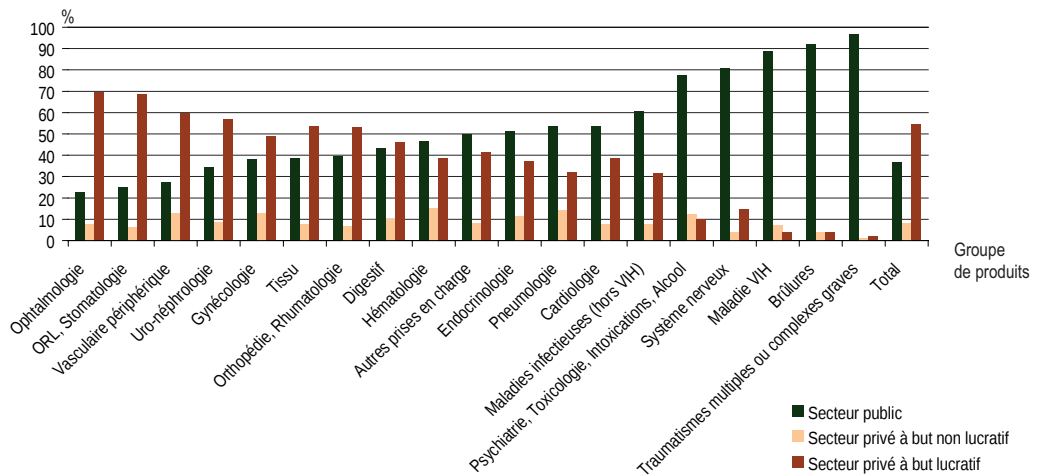
Lombardo P., 2008, « La spécialisa-

tion des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, octobre, DREES.

Sources

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

GRAPHIQUE ● Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le groupe de produits en 2008



Lecture • 22,7 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 69,5 % par le secteur privé à but lucratif et 7,9 % par le secteur privé à but non lucratif.
Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008, données statistiques.

TABLEAU ● Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2008

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activité chirurgicale	5 799 000	36,9	8,3	54,8
Appareil digestif, dont :	683 000	43,6	10,0	46,4
Appendicectomies	88 000	52,5	6,8	40,7
Chirurgie grêle/côlon	77 000	52,7	10,0	37,3
Hernies	207 000	37,4	10,5	52,1
Orthopédie, Rhumatologie, dont :	1 589 000	39,8	6,8	53,4
Arthroscopies	164 000	20,0	7,6	72,4
Chirurgie de la main et du poignet	357 000	27,9	7,4	64,7
Chirurgie majeure orthopédique (hanche, fémur, genou)	354 000	40,9	7,4	51,6
Chirurgie des autres membres	232 000	45,4	6,1	48,6
Fractures, entorses, luxations	72 000	81,2	6,0	12,8
Uro-néphrologie, dont :	413 000	34,3	8,8	56,9
Circoncisions	90 000	26,9	6,8	66,4
Système nerveux, dont :	152 000	81,1	4,2	14,7
Traumatismes crâniens	87 000	94,9	3,3	1,8
Cardiologie	115 000	53,7	7,8	38,5
Vasculaire périphérique, dont :	286 000	27,4	12,7	59,9
Autre chirurgie vasculaire	128 000	35,0	16,2	48,8
Ligatures veines	127 000	17,2	9,9	72,9
ORL, Stomatologie, dont :	722 000	25,2	6,1	68,7
Amygdalectomies, végétations et drains trans-tympaniques	201 000	22,1	7,5	70,4
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux nuits*	373 000	19,0	5,2	75,8
Ophtalmologie, dont :	759 000	22,7	7,9	69,5
Cataractes	598 000	17,9	7,9	74,3
Chirurgie ophtalmique lourde	43 000	49,7	6,4	43,9
Gynécologie, dont :	476 000	38,1	12,7	49,2
Chirurgie utérus, ovaires et trompes	171 000	43,4	7,9	48,7
Tumeurs malignes du sein	64 000	28,7	31,5	39,9
Tissu cutané et tissu sous-cutané, dont :	400 000	38,6	7,8	53,6
Affections peau et tissu sous-cutané	295 000	43,8	7,6	48,5
Interventions plastiques	73 000	18,1	6,6	75,4

* Les séjours inférieurs à deux nuits comprennent les séjours en ambulatoire (moins de un jour ou zéro nuit) et ceux s'étalant sur deux jours.
Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008, données statistiques.

La spécialisation en obstétrique

En 2008, 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 également en charge une part élevée des affections *ante* et *post-partum*.

Forte prédominance des établissements publics en obstétrique

Les hôpitaux publics réalisent plus des deux tiers de l'activité d'obstétrique et des accouchements (voir tableau). Ils se concentrent d'ailleurs davantage sur les accouchements avec complications dont ils assurent 68 % des prises en charge.

Les établissements publics accueillent 75 % des affections *ante-partum*, parmi lesquelles on trouve principalement des complications de la grossesse. Ces affections représentent 14 % de l'activité obstétricale de l'ensemble des établissements. Les affections *post-partum* quant à elles sont prises en charge à hauteur de 70 % par les établissements publics ; elles ne représentent pour autant que 1 % de l'activité obstétricale tous établissements confondus.

Les interruptions de grossesse sont réalisées dans 74 % des cas dans le secteur public et représentent 21 % de l'activité obstétricale de ce secteur. Les prises en charge inférieures à deux nuits étant majoritairement composées de ce type d'intervention, le secteur public y est logiquement tout aussi prédominant.

La part des cliniques privées atteint 25 % de l'activité en obstétrique

La proportion d'accouchements réalisés dans le secteur privé à but lucratif s'établit en 2008 à 27 %. Ce secteur réalise 28 %

des accouchements par voie basse sans complications et 25 % des accouchements par césarienne ou avec d'autres complications.

Les cliniques privées prennent également en charge 21 % des interruptions de grossesse, ce qui représente 17 % de leur activité obstétricale.

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

Ces établissements ne réalisent, en effet, que 7 % de l'ensemble des activités d'obstétrique. Leur activité se concentre sur les accouchements, avec ou sans complications, qu'ils prennent en charge à hauteur de 8 %, ainsi que sur la prise en charge des affections *ante* et *post-partum* (5 %).

Une évolution de la prise en charge en faveur du secteur public

Entre 2007 et 2008, le poids des établissements publics dans l'ensemble des activités obstétricales a augmenté de 0,8 point, au détriment des cliniques privées (-1,1 point). Cette évolution vaut tant pour les accouchements avec complications que sans complications et est encore plus marquée pour les interruptions de grossesse, pour lesquelles on constate une hausse de 1,1 point pour le secteur public et une baisse de 1,3 point pour le secteur privé à but lucratif.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2008 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (moins de 0,2 % des séjours). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

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

Pour en savoir plus

- Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, octobre, DREES.
- Arnault S., Exertier A., 2010, « Les

maternités : plus de 30 ans d'évolution », *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2007*, 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 restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, n° 21, juillet, DREES.

Sources

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

TABLEAU ● Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2008

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activité obstétricale	1 332 000	68,5	6,8	24,7
Accouchements :	807 000	64,7	7,9	27,4
sans complications	553 000	63,4	8,2	28,5
avec complications (1)	254 000	67,6	7,4	25,1
Affections <i>ante-partum</i> , dont :	186 000	75,0	5,0	20,0
séjours inférieurs à deux nuits*	93 000	78,7	4,0	17,4
Affections <i>post-partum</i>	26 000	70,3	5,5	24,2
Interruptions de grossesse, dont :	262 000	74,2	4,8	21,0
séjours inférieurs à deux nuits*	250 000	74,4	4,8	20,8
Autres séjours inférieurs à deux nuits*	50 000	74,2	6,6	19,2

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

* Les séjours inférieurs à deux nuits comprennent les séjours en ambulatoire (moins d'un jour ou zéro nuit) ou ceux s'étalant sur deux jours.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008, 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 et des DOM est liée aux types d'activités développées : interventions chirurgicales plus ou moins complexes, endoscopies, radiologie interventionnelle, etc. Au sein des établissements concernés, la tendance est au regroupement des sites anesthésiques pour faciliter la surveillance des patients. Les salles d'intervention chirurgicale représentent quant à elles 78 % des salles destinées aux actes sous anesthésie. Elles sont utilisées de manière différente selon le statut public ou privé de l'établissement.

En 2008, 2 800 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 2008, on dénombre dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés de France métropolitaine et des DOM en moyenne quatre salles destinées aux actes sous anesthésie par site : 10 769 salles sont en fait regroupées dans 2 838 sites anesthésiques (voir tableau 1). Cette concentration vise à faciliter la gestion des moyens destinés à la surveillance post-interventionnelle. Le nombre de salles de surveillance post-interventionnelle s'élève à 1 771 pour 11 631 postes de réveil, soit sept postes par salle. Sur dix sites anesthésiques, cinq se situent dans des établissements publics, quatre dans des cliniques privées et le dernier dans des établissements privés à but non lucratif.

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM.

Définitions

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

• **Séjours chirurgicaux** : le classement des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. L'affectation se fait en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'en-

tité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché.

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

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

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

Les salles d'intervention chirurgicale représentent 78 % des salles destinées aux actes sous anesthésie ; elles sont au nombre de 8 396 en 2008 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 55 % 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 67 % de la chirurgie ambulatoire (notamment chirurgie de la cataracte, arthroscopie, chirurgie des varices, etc.) est réalisée par les cliniques privées, les établissements publics prennent en charge des actes parmi les plus complexes (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie ») 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.

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

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

TABEAU 1 ● L'activité d'anesthésie en 2008

	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	609	959	247	1 023	2 838
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie	2 224	3 366	951	4 228	10 769
Nombre de salles de surveillance post-interventionnelle	384	502	161	724	1 771
Nombre de postes de réveil	2 021	2 986	1 140	5 484	11 631

Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, SAE 2008, données administratives sauf pour le nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie qui a fait l'objet de retraitements statistiques particuliers (correction des valeurs aberrantes notamment).

TABEAU 2 ● Les plateaux techniques de chirurgie en 2008

	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	105	383	120	538	1 146
Nombre de salles d'intervention chirurgicale	1 674	2 171	742	3 809	8 396
Nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire	69	57	55	57	58
Nombre de séjours chirurgicaux (source PMSI-MCO)	873 423	1 268 382	483 320	3 179 318	5 804 443
Nombre d'établissements géographiques ayant déclaré une activité chirurgicale de nuit	46	197	32	117	392

Note • Les salles exclusivement réservées aux césariennes et les locaux où sont réalisés des actes de petite chirurgie sans présence de personnels spécialisés en anesthésie ne sont pas comptabilisés.
Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, SAE 2008, données administratives sauf pour le nombre de salles d'interventions chirurgicales qui a fait l'objet de retraitements statistiques particuliers (correction des valeurs aberrantes notamment).

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.

Une concentration plus importante des équipements

En 2008, 864 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 2 886 salles en France métropolitaine et dans les DOM. Parmi ces établissements, 628 sont équipés de salles de radiologie numérisée (voir tableau). Celles-ci sont au nombre de 2 015 en 2008, ce qui représente 70 % de l'ensemble 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 346 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies, ainsi que 1 551 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 452 établissements déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 544 appareils ; 269 établissements possèdent au moins une IRM, ce qui représente 307 appareils. Enfin, 121 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 279 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.

Champ

Seuls sont comptabilisés les équipements d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DOM. Les cabinets de radiologie implantés au sein des cliniques privées sont normalement recensés dans la SAE. Cependant, en raison d'une sous-déclaration importante concernant ces établissements, ils ont été exclus du champ de cette fiche.

Définitions

- La **radiologie** est une technique basée sur l'utilisation des rayons X.
- **Radiologie numérisée** : elle constitue une amélioration technique par rapport à la radiologie conventionnelle du fait de l'assistance d'un

ordinateur pour la réalisation des films.

- **Radiologie vasculaire et coronarographie** : les examens des vaisseaux 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.

Des délais d'attente encore importants pour certains équipements

En 2008, le délai d'attente moyen avant de bénéficier d'un examen de scanner est de 14 jours pour un patient en consultation externe et de 4 jours pour un patient hospitalisé. Ces délais se réduisent progressivement depuis quelques années. Ils peuvent varier selon les entités considérées. Ils sont notamment plus longs dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) pour un patient hospitalisé (5 jours), mais équivalents pour un consultant externe. La durée moyenne d'ouverture par semaine est pourtant plus importante dans ces établissements : 76 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. Dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les délais d'attente pour un scanner sont plus courts pour un patient hospitalisé (3 jours) mais plus longs pour un patient en consultation externe (17 jours), et ceci alors même que la durée moyenne d'ouverture hebdomadaire est plus courte (44 heures).

Les délais d'attente avant de bénéficier d'un examen d'IRM sont nettement plus longs que pour les scanners : 28 jours en consultation externe et 7 jours lors d'une hospitalisation. Cependant, ils se réduisent également progressivement, notamment pour les patients hospitalisés.

- **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 qui permettent d'établir certains diagnostics (iso-

topes radioactifs de certains éléments naturels – iode, technétium, fluor, etc.).

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

Sources

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

TABLEAU ● Équipement en imagerie en 2008

Types 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
Scanners	452	544	14	4	58
IRM	269	307	28	7	55
Caméras à scintillation	121	279	10	5	49
Tomographes à émission/caméras à positons	56	59			
Échographes doppler	685	1 551			
Salles de radiologie conventionnelle	505	871			
Salles de radiologie numérisée	628	2 015			
Salles de radiologie vasculaire : dont salles de coronarographie	187 112	346 148			

Lecture • Les délais d'attente moyens sont pondérés par le nombre total d'examens.

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

Sources • DREES, SAE 2008, 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 médecine d'urgence
- Les établissements ayant une activité de psychiatrie et leurs structures
- L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé
- Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie
- Les structures d'hospitalisation à domicile
- Les patients hospitalisés à domicile
- Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- La patientèle d'hospitalisation complète des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Les interruptions volontaires de grossesse en établissement
- Les dépenses de médicaments dans les établissements de santé

La lutte contre les infections nosocomiales

En 2008, les résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (IN) ont été rendus publics pour 2 812 établissements de santé de France métropolitaine et des DOM. Le plus haut niveau de performance a été atteint par 89 % des établissements en matière de prévention des IN, par 44 % pour la consommation de produits hydro-alcooliques et par 70 % en matière de bon usage des antibiotiques. Une surveillance épidémiologique des patients opérés est réalisée par 96 % 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 2008, 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 cinq 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 quatre ans, et l'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), disponible depuis trois ans. Le taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la mêticilline (SARM) (voir définitions) figure également dans le tableau de bord des infections nosocomiales.

Un score agrégé synthétise depuis trois 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 indique la proportion des disciplines chirurgicales et obstétricales de l'établissement pour lesquelles, au cours de l'année, une enquête épidémiologique auprès des patients après leur opération chirurgicale ou obstétricale est menée. Ne pas réaliser cette surveillance se traduit depuis 2007 par l'absence d'affichage du

score agrégé pour l'établissement, les établissements étant considérés comme exclus.

Depuis 2007, un indice triennal de SARM est publié mais cet indice, jugé trop complexe, n'est pas pour le moment assorti d'une classe de performance.

Un investissement croissant des établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales

Sur l'ensemble des 2 812 établissements, 89 % ont atteint le plus haut niveau de performance en matière de prévention des IN en 2008 – ICALIN A et B (voir tableau). Les objectifs personnalisés de consommation de produits hydro-alcooliques n'ont été atteints que par 44 % des établissements – ICSHA A et B –, mais leur part a quadruplé 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 70 % en 2008. L'évolution d'ICALIN, publié depuis cinq ans, montre l'investissement croissant des établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales (voir graphique).

La progression du nombre d'établissements réalisant une enquête épidémiologique de suivi des infections associées à une intervention chirurgicale ou obstétricale (indicateur SURVISO) depuis quatre ans est importante. Alors qu'en 2005, 60 % des établissements réalisaient cette surveillance, ils sont 96 % en 2008 ; 1 010 établissements sont concernés, se rapprochant ainsi de l'objectif national défini dans le programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. Cet objectif fixe à 100 % le nombre d'établissements ayant une activité chirurgicale ou obstétricale devant mettre en place une telle surveillance.

Le score agrégé, qui permet de réunir en un seul score les quatre indicateurs, progresse également, passant de 24 % à 70 % entre 2006 et 2008 – score agrégé A et B. Ce score prend en compte des indicateurs publiés à des dates différentes.

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 et en obstétrique.

• **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 acti-

vités développées dans les établissements de santé pour lutter contre les infections nosocomiales.

• **Taux triennal de SARM** : le taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la mêticilline (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/les-infections-nosocomiales.html>

• Site de publication du tableau de bord des infections nosocomiales :

<http://www.icalin.sante.gouv.fr/>

• Site Plaines (Plateforme d'informations sur les établissements de santé) : <http://www.plaines.sante.gouv.fr/>

Sources

Tableau de bord des infections nosocomiales – rapport national établi par la Direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS). http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_2008.pdf

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

Catégories d'établissements (éts.)	Score agrégé 2008	ICALIN 2008	ICATB 2008		ICSHA 2008		Nombre d'éts.
	% A + B ¹	% A + B ¹	% A + B ¹	Nombre d'éts. non concernés ²	% A + B ¹	Nombre d'éts. non concernés ²	
Centre hospitalier régional/universitaire (CHR/CHU)	98,6 %	100,0 %	80,3 %	0	91,5 %	0	71
Centre hospitalier général (CH)	81,7 %	94,1 %	75,5 %	0	48,0 %	0	546
Établissement de lutte contre les maladies mentales	38,8 %	85,6 %	59,6 %	4	13,2 %	4	291
Hôpital local	81,6 %	94,1 %	68,5 %	0	43,9 %	0	337
Établissement privé MCO	83,6 %	95,2 %	73,4 %	0	59,4 %	0	586
Établissement de soins de suite et de réadaptation	55,5 %	83,7 %	67,0 %	34	28,9 %	35	735
Centre de lutte contre le cancer (CLCC)	100,0 %	100,0 %	95,0 %	0	100,0 %	0	20
Autres ³	70,4 %	75,2 %		226	62,4 %	77	226
Total	70,4 %	89,4 %	70,3 %	264	43,6 %	116	2 812

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

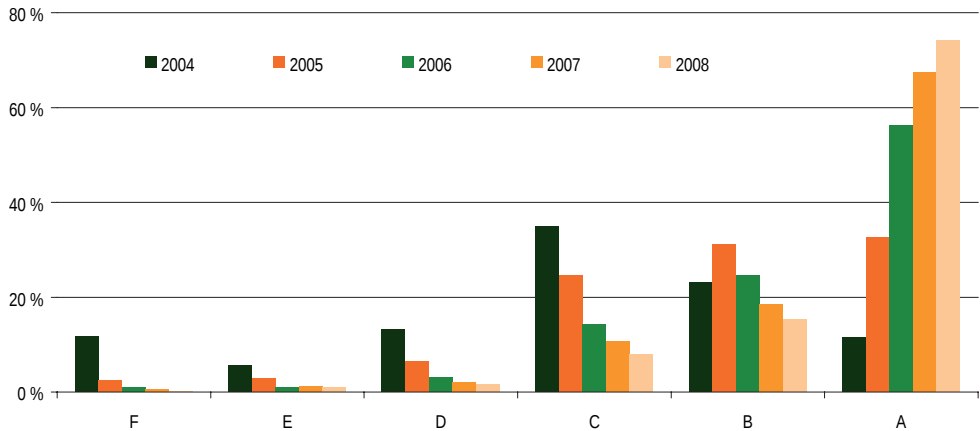
2. Certains établissements peuvent ne pas être concernés par l'indicateur du fait de leur activité.

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 DGOS et par la DGS.

GRAPHIQUE ● Évolution d'ICALIN entre 2004 et 2008



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 DGOS et la DGS.

La naissance : les maternités

Depuis les années 1970, les pouvoirs publics n'ont cessé de prendre diverses mesures d'ordre législatif, notamment pour encadrer la pratique des accouchements et réduire les risques pour l'enfant et la mère. Ce nouveau cadre juridique (décrets, plans Périnatalité) a donné lieu à un long processus de restructuration et de concentration des maternités, dont le nombre diminue en même temps que la 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 554 en 2008 (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 46 fin 2008.

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 en effet 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.

En 2008, on dénombre en France métropolitaine 63 maternités de niveau 3 dont le rôle est de traiter les situations les plus complexes pour la mère ou l'enfant ; 208 maternités dites de niveau 2 disposent d'un service de néonatalogie, et 283 maternités classées en niveau 1 visent à prendre en charge les grossesses présentant le moins de risques. Ces 554 maternités recensées ont pris en charge 780 000 accouchements. Elles disposent pour cela de 17 000 lits d'obstétrique. En 2008, le nombre de naissances vivantes en maternité s'élève à 781 000 ; il faut y ajouter 8 000 naissances vivantes réalisées en dehors d'un établissement (à domicile ou dans un autre lieu) ainsi que 7 000 autres pour lesquelles nous ne disposons pas de données sur le lieu de naissance.

Les maternités de niveaux 2 et 3 sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées à but non lucratif (respectivement 80 % et 100 % en 2008) alors que 40 % des maternités de niveau 1 sont privées à but lucratif. Entre 1996 et 2008, un plus grand nombre d'accouchements a eu lieu dans les maternités des deux niveaux supérieurs. En effet, en 2008, 68 % des accouchements ont eu lieu dans les 271 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 % d'entre eux.

La taille des maternités augmente avec le niveau de spécialisation. Ainsi en 2008, une maternité de niveau 1 effectue en moyenne 877 accouchements, une maternité de niveau 2, 1 721, et une maternité de niveau 3 en réalise 2 758.

En outre, en 2008, plus d'un tiers des maternités réalisent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (voir graphique 2). À l'opposé, seulement 3 % des maternités prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année ; cette proportion était de 12 % en 1996.

Champ

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

Définitions

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

• **Niveau de maternité** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le niveau de la maternité d'accueil. Trois niveaux de maternités sont ainsi définis : un établisse-

ment 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 celles d'enfants (ou fœtus) d'au moins 500 grammes. 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.

Pour en savoir plus

• Annault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », *Les établissements de santé – Un panorama pour l'année 2007*, coll. « Études et statistiques », DREES.

• Buisson G., 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 - un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *Études et Résultats*, n° 225, 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 (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

Base Eco-santé, IRDES.
État civil, INSEE.

TABLEAU ● Répartition des accouchements selon le niveau de la maternité d'accueil en 1996, 2002 et 2008

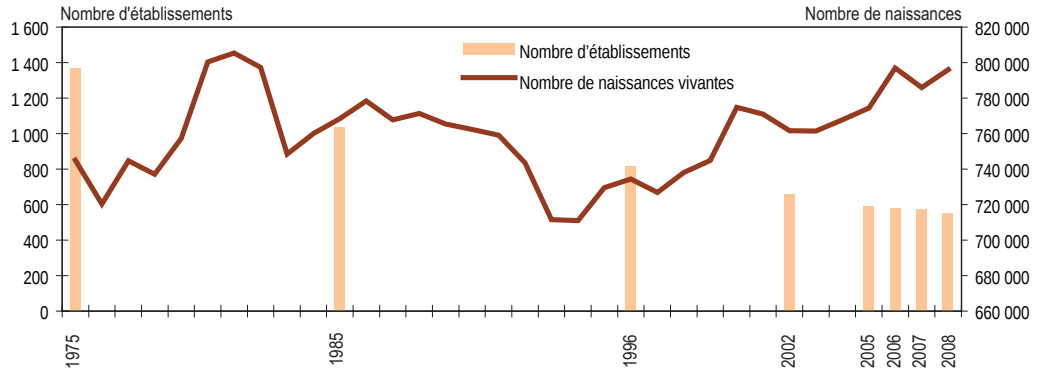
	Année	Niveaux de spécialisation			Total
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	
Nombre d'établissements	1996	564	250		814
	2002	391	204	60	655
	2008	283	208	63	554
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		725 337
	2002	312 328	300 302	139 577	752 207
	2008	248 321	358 068	173 770	780 159
Part d'accouchements	1996	57 %	43%		100 %
	2002	42 %	40 %	19 %	100 %
	2008	32 %	46 %	22 %	100 %

Note • 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 2008, données statistiques.

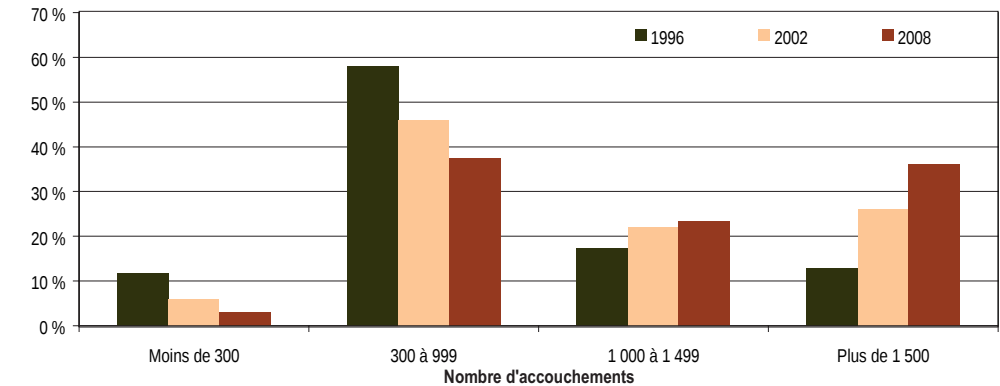
GRAPHIQUE 1 ● Évolution du nombre des naissances vivantes et des maternités de 1975 à 2008



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 à 2008, données statistiques.

GRAPHIQUE 2 ● Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2002 et 2008



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 1996, 2002 et 2008, données statistiques.

La naissance : caractéristiques des accouchements

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge autour de la naissance évoluent avec notamment le développement de la péridurale et l'amélioration de l'adéquation entre l'équipement des maternités et le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés. Le taux de césariennes est quant à lui en augmentation constante et atteint 20 % en 2008.

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. Elles reçoivent par ailleurs la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la SAE et du PMSI-MCO en 2008, près de 85 % des naissances multiples, des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et des naissances prématurées ont en effet lieu dans une maternité de niveau 2 ou 3 (voir graphique).

Lorsque le travail ne se présente pas dans de bonnes conditions et que les mères se trouvent dans une maternité de niveau 1 ne disposant pas d'un environnement adapté, certaines patientes peuvent être orientées vers ces structures de niveau supérieur (niveau 2 ou 3). Ainsi, en 2008, 3 500 femmes suivies dans une maternité de niveau 1 ont été transférées dans une maternité de niveau 2 ou 3, et 2 600 ont été transférées d'une maternité de niveau 2 vers une maternité de niveau 3.

Davantage de péridurales...

Pour les accouchements par voie basse, le taux de péridurales est en augmentation, passant de 69 % en 2002 à 76 % en 2008 (voir tableau). 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 plus réduits, la probabilité d'avoir un anesthésiste-réanimateur disponible en cas d'accouchement non programmé est plus faible dans les maternités de niveau 1.

... mais aussi de césariennes

Entre 2002 et 2007, le taux de césariennes a augmenté de manière régulière. Il est passé de 18,9 % en 2002 à 19,6 % en

2005, puis à 20,3 % en 2007. En 2008, on observe toutefois une stabilisation de ce taux (20,1 %). Les maternités de niveau 2 ou 3 ont un taux de césariennes comparable à celui des établissements de niveau 1 ; ce qui signifie qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de niveau élevé pratiquent moins fréquemment les césariennes.

Les maternités ayant répondu à la question sur la prise en charge de la douleur déclarent que neuf femmes sur dix accouchant par césarienne ont recours à la rachianesthésie en 2008 alors que cette proportion était de huit sur dix en 2002. À l'inverse, les anesthésies générales, qui concernaient les autres patientes, ne sont quasiment plus pratiquées.

Une diminution de la mortalité infantile et maternelle

Grâce aux progrès médicaux, la mortalité infantile (voir définitions) a été divisée par trois entre 1975 et 2008, 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 était de 7,6 décès pour cent mille naissances vivantes.

La part des nourrissons mort-nés est en légère hausse en 2008 (0,8 %) par rapport à 2007 (0,7 %), et largement supérieure à son niveau de 2000, ce qui est en grande partie lié 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 eu pour conséquence d'augmenter le nombre d'enfants mort-nés enregistrés depuis cette date (0,4 % en 2000 contre 0,7 % en 2002).

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 le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le niveau de la maternité d'accueil. Trois niveaux de maternité 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 naissance multiple, on ne comptabilise qu'un seul accouchement.

• **Rachianesthésie et analgésie péridurale** : la rachianesthésie est une ponction lombaire avec administration d'un anesthésique local dans le liquide céphalo-rachidien. 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 celles d'enfants (ou fœtus) d'au moins 500 grammes. 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 maternelle** : nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Pour en savoir plus

• Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de 30 ans d'évolution », in *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2007*, DREES.

• 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 péri-

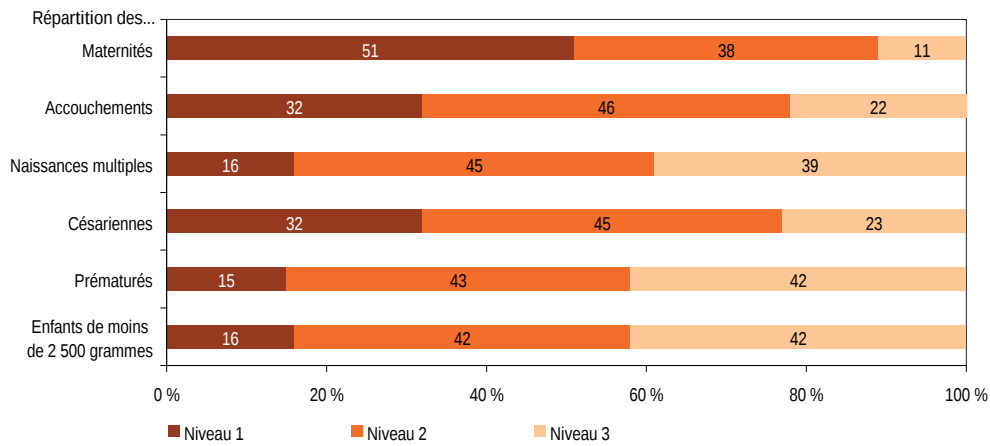
natale en France en 2003 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », Synthèse effectuée à partir de l'analyse et du rapport réalisés par Blondel B., Supernant K., Mazaubrun du C., Bréart G. (INSERM U 149), *Études et Résultats*, n° 383, février, DREES.

Sources

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

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

GRAPHIQUE ● Caractéristiques de l'activité par niveau de maternité en 2008 (en %)



Champ • Ensemble des naissances en France métropolitaine.
Sources • DREES, SAE 2008 et DGOS-DREES, PMSI-MCO 2008, données statistiques.

TABEAU ● Évolution des taux de césariennes et de péridurales ou rachianesthésies par niveau de maternité (en %)

		Niveau de maternité	2002	2005	2008
Ensemble des accouchements					
Taux de césariennes	Niveau 1		18,4	19,6	19,9
	Niveau 2		18,5	19,0	19,7
	Niveau 3		20,4	20,9	21,1
	Ensemble		18,9	19,6	20,1
Accouchements sans césarienne					
Taux de péridurales	Niveau 1		66,9	68,5	72,0
	Niveau 2		68,2	73,2	76,9
	Niveau 3		73,3	74,5	77,7
	Ensemble		68,6	71,8	75,6
Accouchements avec césarienne					
Taux de rachianesthésies	Niveau 1		80,1	88,4	90,1
	Niveau 2		84,2	86,0	91,3
	Niveau 3		84,0	84,8	87,5
	Ensemble		82,6	86,6	90,1

Note • Pour les taux de péridurales et de rachianesthésies, ne sont recensées que les maternités ayant renseigné les variables relatives au recours à la péridurale.
Champ • Accouchements en France métropolitaine.
Sources • DREES, SAE 2002, 2005 et 2008, données statistiques.

La médecine d'urgence

En 2008, en France métropolitaine, les 637 structures des urgences ont accueilli 16,7 millions de passages, soit +1,9 % par rapport à 2007. Depuis 1996, ces derniers augmentent de 4,3 % en moyenne chaque année ; l'année 2008 marque ainsi un ralentissement. Aux côtés des structures des urgences, 101 SAMU et 401 SMUR assurent l'orientation et le transport des malades. Le secteur public prend en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence.

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, là encore, être générale ou pédiatrique.

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 2008, en France métropolitaine, 637 structures sont autorisées pour l'accueil des urgences ; on comptabilise également 401 SMUR et 101 SAMU (voir tableau 1).

La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public : 75 % des structures des urgences relèvent en effet de ce secteur tandis que 19 % d'entre elles relèvent du secteur privé à but lucratif et seulement 6 % du secteur privé à but non lucratif. La quasi-totalité des SMUR (99 %) 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 11 % 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, 8 % ont déclaré avoir mis en place ce type de filière.

Par ailleurs, si une structure des urgences sur quatre relève du secteur privé, c'est seulement le cas de 4 % de celles autorisées en pédiatrie.

Structure des urgences : le nombre annuel de passages toujours en augmentation

En 2008, les 637 structures des urgences ont pris en charge 16,7 millions de passages, soit une augmentation de près de 2 % par rapport à 2007. Cette tendance à la hausse s'observe depuis plusieurs années : en 1996, le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions, soit une augmentation de 4,3 % en moyenne chaque année (voir tableau 2 et graphique).

Cette augmentation des volumes d'activité des structures des urgences est prise en charge par le secteur public et dans une moindre mesure par le secteur privé à but non lucratif. Le volume de passages annuels est en revanche en baisse dans le secteur privé à but lucratif, en lien avec la baisse observée du nombre de structures.

La part des passages aux urgences du secteur privé (pris dans sa globalité) est stable en 2008 et s'établit à 16,7 %.

Des structures majoritairement de petite taille

Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 26 200 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 : 16 000 passages annuels en moyenne, contre 29 200 dans le secteur public. Par ailleurs, le nombre moyen de passages par établissement est plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (16 900 passages en moyenne par an contre 23 900).

Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 33 % 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, 19 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent plus de 40 % de l'ensemble des passages.

L'activité des SMUR et des SAMU

Les unités mobiles hospitalières (UMH) des SMUR ont réalisé près de 700 000 sorties en 2008. L'essentiel de ces sorties sont terrestres (95 %), les sorties aériennes et maritimes étant marginales.

Les SAMU ont quant à eux enregistré près de 25 millions d'appels dont 10 millions ont donné lieu à l'ouverture d'un dossier médical.

Champ

Établissements publics et privés en France métropolitaine bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (Articles R6123-1 à R6123-32 du code de la santé publique).

Définitions

Le nombre de passages aux ur-

gences pour l'année inclut l'ensemble 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.

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.

TABLEAU 1 ● Nombre de services d'urgences en 2008 selon le statut et l'autorisation

Établissements	Publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
structure générale	370	35	120	525
structure générale et pédiatrique	90	4	0	94
structure pédiatrique	17	1	0	18
Ensemble	477	40	120	637
SMUR				
SMUR général	351	6	0	357
SMUR général et pédiatrique	33	0	0	33
SMUR pédiatrique	11	0	0	11
Ensemble	395	6	0	401
SAMU	101	0	0	101

Note • Une structure des urgences est exclusivement générale si elle n'accueille que des adultes, exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants et générale et pédiatrique si elle accueille les deux.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2008, données administratives.

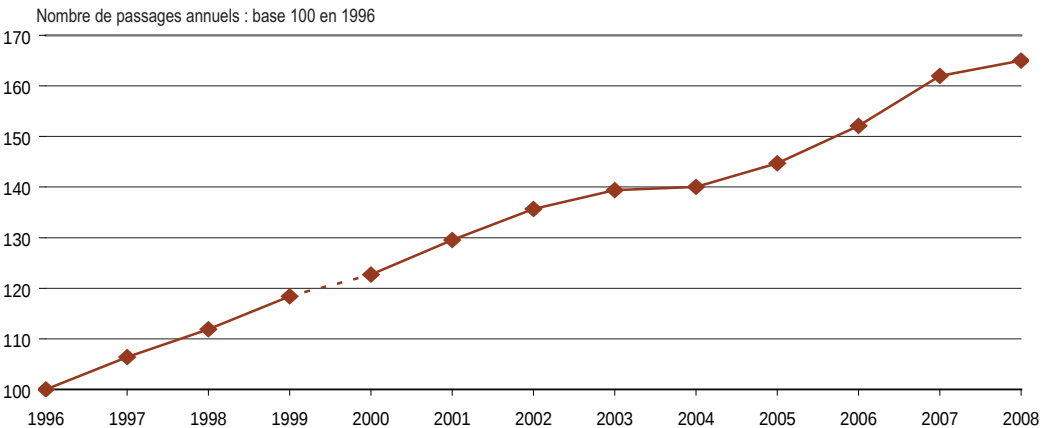
TABLEAU 2 ● Nombre de passages aux urgences en 2008 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008	2008	Évolution 2007-2008
Structure générale	8 550 376	2,5 %	618 241	28,2 %	1 922 439	-1,7 %	11 091 056	2,9 %
Structure générale et pédiatrique	4 849 560	0,3 %	208 765	-1,4 %	0	-	5 058 325	0,0 %
Structure pédiatrique	516 286	0,9 %	37 152	7,4 %	0	-	553 438	1,3 %
Ensemble	13 916 222	1,7 %	864 158	18,6 %	1 922 439	-2,4 %	16 702 819	1,9 %

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2008, données administratives.

GRAPHIQUE ● Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



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

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 1996-2006, données statistiques et SAE 2007 et 2008, données administratives.

Les établissements ayant une activité de psychiatrie et leurs structures

La politique française de sectorisation en psychiatrie, initiée en 1960, s'est traduite par un mouvement de dés-hospitalisation et le développement d'alternatives à l'hospitalisation. Les orientations stratégiques du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 et des 3^{es} schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS 3) comprenaient la poursuite de cette diversification des activités et des structures de prises en charge alternatives à l'hospitalisation à temps plein et en ambulatoire, au plus près du milieu de vie et d'activité des patients. La volonté de garantir proximité et continuité des soins a impliqué une organisation particulière des établissements de santé. Pour appréhender cette spécificité, la DREES a collecté fin 2009 des rapports d'activité de psychiatrie (RAPS), portant sur l'activité de l'année 2008.

Les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie

En 2008, 595 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 de 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 quasiment 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

Pour appréhender les différentes facettes de la prise en charge et les différents types d'organisation mis en place par les établissements, les RAPS comportaient deux niveaux de recueil : l'établissement et la structure (voir définitions). Parmi les 595 établissements interrogés, 475 ont décrit leurs structures de prise en charge sanitaire (voir tableau 2). Alors que plus d'un tiers des établissements n'est constitué que d'une seule structure, une quarantaine en dénombrent plus de 60, jusqu'à un maximum de 167. Bien que les structures décrites puissent être de natures et de tailles différentes, les fortes disparités de leur nombre par établissement de santé illustrent en partie la manière dont se sont développées les structures de prise en charge en dehors de l'hôpital. Ainsi, l'organisation en de multiples structures est essentiellement le fait des établissements publics. En effet, la moitié d'entre eux déclarent plus de 20 structures et parmi les quelques 8 200 structures décrites, 85 % sont rattachées à un établissement public. Ceci est évidemment à mettre en lien avec les différences d'organisation existant entre les secteurs public et privé : autorisation d'activité différente pour le secteur privé, part de l'activité ambulatoire réalisée par des psychiatres et psychologues libéraux, héritage de la mise en place de la sectorisation en psychiatrie, etc. Ainsi, 86 % des structures sont rattachées à au moins un secteur ou un dispositif intersectoriel formalisé. Une cartographie régionale de ces structures de prise en charge, réa-

lisée par la DREES, illustre en partie les disparités régionales de localisation des lieux de soins en lien avec les densités d'équipement et la diversité des natures de prise en charge.

Des structures de prise en charge intersectorielles

Les secteurs de psychiatrie ont été amenés à mutualiser leurs moyens pour développer une offre de soins adaptée à certaines populations ou pathologies (prise en charge des adolescents, psychiatrie de liaison, prise en charge des urgences, des addictions, etc.) et pour assurer la permanence des soins. Parmi les structures rattachées à au moins un secteur ou un dispositif intersectoriel formalisé, 15 % d'entre elles le sont à plusieurs secteurs (jusqu'à 9) ou au moins un dispositif intersectoriel formalisé.

Des structures de prise en charge à temps partiel ou en ambulatoire plus nombreuses

Trois grandes natures de prise en charge sont distinguées en psychiatrie : en ambulatoire (soins en centres médico-psychologique et consultations réalisées en dehors de services de psychiatrie), à temps partiel (hôpital de jour, de nuit, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et ateliers thérapeutiques) et à temps complet (hospitalisation à temps plein, centre de post-cure, placement familial thérapeutique, etc.). Les structures de prise en charge ambulatoire et à temps partiel, développées depuis une cinquantaine d'année, sont aujourd'hui les plus nombreuses. En effet, sur les 8 200 structures décrites, 1 900 sont identifiées comme des structures de prise en charge à temps complet, 3 000 à temps partiel et 3 300 en ambulatoire (voir tableau 3). Ceci est d'autant plus vrai dans le cadre de la psychiatrie infanto-juvénile, les enfants et adolescents étant beaucoup moins pris en charge à temps plein que les adultes.

Des structures médico-sociales

Certains établissements, essentiellement publics, disposent également de structures médico-sociales : maisons d'accueil spécialisées (MAS), centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST), centres de ressource autisme (CRA), centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), centres de cure ambulatoires en alcoologie (CCAA), foyers d'accueil médicalisés (FAM), etc.

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie en 2008 en France métropolitaine et dans les DOM.

Définitions

• **Établissement de santé ayant une activité de psychiatrie** : voir fiche suivante.

• **Structure de prise en charge** : dans les RAPS, une structure de prise en charge est définie par une adresse, une nature de prise en charge (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire) et un mode de prise en charge (psychiatrie générale ou psy-

chiatric 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.

• **Psychiatrie générale** : prise en charge des adultes de plus de 16 ans.

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

• **Psychiatrie sectorisée** : mise en place par une circulaire de 1960, la sectorisation psychiatrique divisait chaque département en aires géodémographiques 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. Bien que les secteurs ne soient plus définis géographiquement depuis 2004, la dimension fonctionnelle de leurs missions est conservée.

• **Dispositif intersectoriel formalisé** : il assure des missions sectorielles, souvent complémentaires aux activités de secteur, pour le compte de plusieurs secteurs de psychiatrie.

Pour en savoir plus

Leroux I., Schultz P., 2011, « Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale, à partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008 », Document de travail, Série Statistiques, DREES, à paraître.

Sources

Les rapports d'activité de psychiatrie (RAPS) collectés par la DREES sur l'activité de l'année 2008 portent sur les équipements, l'activité, l'organisation des prises en charge et les pratiques professionnelles de l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie.

TABLEAU 1 ● Nombre d'établissements ayant une activité de psychiatrie en 2008

Nombre d'établissements ¹ par statut juridique	
Établissements publics	272
Établissements privés à but non lucratif dont	165
Établissements participant au service public hospitalier	107
Établissements ne participant pas au service public hospitalier	54
Indéterminés	4
Établissements privés à but lucratif	158
Total	595

1. Nombre d'entités juridiques ou de départements d'implantation pour les entités multi-établissements.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • RAPSY 2008, données administratives.

TABLEAU 2 ● Nombre d'établissements et de structures par statut juridique¹

	Nombre d'établissements	Nombre de structures
Établissements publics	218	6 968
Établissements privés à but non lucratif	130	1 060
Établissements privés à but lucratif	127	168
Total	475	8 196

1. Parmi les 475 établissements ayant répondu à l'enquête.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • RAPSY 2008, données administratives.

TABLEAU 3 ● Nombre de structures de psychiatrie par mode et nature de prise en charge¹

Modes de prise en charge	Natures de prise en charge			
	Temps complet	Temps partiel	Ambulatoire	Total
Psychiatrie générale	1 631	2 055	2 114	5 800
Psychiatrie infanto-juvénile	269	938	1 153	2 360
Non-réponse	5	15	16	36
Total	1 905	3 008	3 283	8 196

1. Parmi les 475 établissements ayant répondu à l'enquête.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • RAPSY 2008, données administratives.

L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé

La psychiatrie a des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extrahospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc. La majeure partie des patients des services de psychiatrie des établissements de santé est prise en charge en ambulatoire. Les autres prises en charge, dites à temps partiel et à temps complet, reposent essentiellement sur les 58 000 lits d'hospitalisation à temps plein, les 26 000 places d'accueil en hôpital de jour et les 1 800 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Toutefois, d'autres types d'alternatives à l'hospitalisation ont également été plus ou moins développés.

Avertissement : Le nombre d'entités varie légèrement entre l'enquête RAPSY (voir fiche précédente) et la SAE, car quelques établissements ont fait le choix de regrouper leur réponse ou non selon les enquêtes.

Une offre majoritairement publique

En 2008, sur 593 établissements de santé assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie, la moitié sont des établissements publics. Ils représentent les deux tiers de l'ensemble des lits d'hospitalisation complète et les quatre cinquièmes des places d'hospitalisation partielle. L'autre moitié se répartit à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées, ces dernières ayant essentiellement une activité d'hospitalisation à temps plein.

L'offre de soins en psychiatrie infantile-juvénile est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif et est caractérisée par une part beaucoup plus importante des prises en charge à temps partiel. Les places en hôpital de jour et de nuit représentent ainsi 73 % des capacités d'accueil (en lits et places) en psychiatrie infantile-juvénile contre 23 % en psychiatrie générale.

Une prise en charge réalisée en grande partie en ambulatoire

Les patients de psychiatrie en établissements de santé sont essentiellement pris en charge en ambulatoire, et notamment dans les 3 790 centres médico-psychologiques (CMP) et unités de consultation du secteur (voir tableau). En effet, les établissements déclarent que près de 70 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement en ambulatoire. Le nombre de CMP ne semble pas avoir beaucoup évolué depuis 2003, où les secteurs de psychiatrie en dénombraient respectivement 2 070 et 1 560 en psychiatrie générale et infantile-juvénile, en dehors des dispositifs intersectoriels formalisés (voir définitions).

Les prises en charge à temps partiel encore en développement

L'accroissement du nombre de places comme de venues en hospitalisation partielle observée ces dernières années se confirme en

2008. En effet, le nombre de places en hôpital de jour et hôpital de nuit a encore augmenté de 3 % ; il atteint 28 000 places pour 5 millions de venues. Cette hausse est notamment portée par les établissements privés à but lucratif et non lucratif. À ces formes d'hospitalisation partielle, il convient d'ajouter les 2,4 millions de venues dans les 1 770 CATTP ou ateliers thérapeutiques. Le fort développement des CATTP observé dans les secteurs de psychiatrie entre 2000 et 2003 semble s'être relativement stabilisé.

Les prises en charge à temps complet : quelles alternatives à l'hospitalisation à temps plein ?

Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil en hospitalisation à temps plein ne cessent de diminuer. En 2008, le nombre de lits semble s'être stabilisé autour de 58 000 pour 19 millions de journées réalisées. Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes d'activité à temps complet ont été développées par les secteurs de psychiatrie, essentiellement en psychiatrie générale, les enfants et adolescents étant plus souvent pris en charge à temps partiel ou en ambulatoire qu'à temps complet. Ainsi, en 2008, les établissements de santé déclarent disposer de 8 200 lits ou places en placement familial thérapeutique, centres de postcure, appartements thérapeutiques, hospitalisation à domicile et centres de crise et structures d'accueil d'urgence. Dans ces structures, 2,2 millions de journées de prises en charge ont été réalisées, soit 10 % de l'activité à temps complet.

Disparités régionales

La densité nationale d'équipement en lits et places à temps complet et en places d'hôpital de jour et de nuit est de 147 pour 100 000 habitants en 2008 (149 en France métropolitaine). Elle varie du simple au double selon les régions de France métropolitaine (voir carte). Cette densité est à compléter par celle des structures de type CATTP ou atelier thérapeutique pour 100 000 habitants qui, hors DOM, varie de 1,7 en Aquitaine à 5 en Basse Normandie.

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie au 31 décembre 2008 en France métropolitaine et dans les DOM.

Définitions

• **Établissement de santé ayant une activité de psychiatrie :** il correspond ici à l'entité juridique pour tous les établissements publics ayant une activité de psychiatrie ainsi que pour les établissements privés ayant plusieurs sites dans le même département ; à l'entité géo-

graphique 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 établissements privés sur plusieurs départements.

• **Prise en charge en psychiatrie – psychiatrie générale et infantile-juvénile – psychiatrie sectorisée – dispositif intersectoriel formalisé :** voir fiche précédente

• **Nombre de lits – places – journées – venues :** voir notamment la

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

Pour en savoir plus

• Arnault S., Evain F., Kranklader E., Leroux I., 2010, « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 716, février, 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.

Sources

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

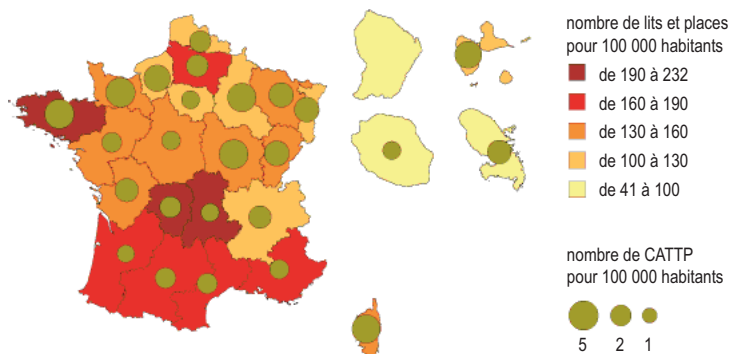
TABLEAU ● Capacités et activité en psychiatrie au 31 décembre 2008

	Psychiatrie générale				Psychiatrie infanto-juvénile			
	Établissements publics	Établissements privés à but		Total	Établissements publics	Établissements privés à but		Total
		non lucratif	lucratif			non lucratif	lucratif	
Prises en charge à temps complet								
Hospitalisation à temps plein								
Nombre de lits	36 899	7 507	11 417	55 823	1 658	387	90	2 135
Nombre de journées	12 012 413	2 351 307	4 125 304	18 489 024	331 368	82 751	26 204	440 323
Placement familial thérapeutique								
Nombre de places	2 801	181	-	2 982	797	99	-	896
Nombre de journées	790 291	47 358	-	837 649	148 691	17 990	-	166 681
Accueil en centre de postcure								
Nombre de lits	623	748	506	1 877	-	-	-	-
Nombre de journées	150 967	211 092	180 772	542 831	-	-	-	-
Accueil en appartement thérapeutique								
Nombre de places	903	258	12	1 173	-	-	-	-
Nombre de journées	251 558	57 761	2 400	311 719	-	-	-	-
Hospitalisation à domicile								
Nombre de places	641	14	-	655	325	-	-	325
Nombre de journées	165 539	4 192	-	169 731	60 664	-	-	60 664
Accueil en centre de crise								
Nombre de lits	228	12	22	262	17	-	-	17
Nombre de journées	58 468	2 848	8 332	69 648	3 071	-	-	3 071
Prises en charge à temps partiel								
Hôpital de jour								
Nombre de places	13 583	3 270	508	17 361	7 417	1 662	48	9 127
Nombre de venues	2 681 496	616 138	159 613	3 457 247	1 168 991	333 284	44 785	1 547 060
Hôpital de nuit								
Nombre de places	1 201	282	32	1 515	99	33	-	132
Nombre de venues	153 688	54 765	7 610	216 063	6 045	4 092	-	10 137
CATTP et ateliers thérapeutiques								
Nombre de structures	1 035	140	1	1 176	552	42	-	594
Nombre de venues	1 623 200	269 289	2 260	1 894 749	490 143	25 256	-	515 399
Prises en charge en ambulatoire								
CMP								
Nombre de structures	1 969	249	-	2 218	1 357	211	-	1 568

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données statistiques.

CARTE ● Densités en lits et places à temps complet et en hospitalisation partielle (en psychiatrie) et densités de CATTP et ateliers thérapeutiques



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008, données statistiques ; INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2008.

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'hospitalisation 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** : hospitalisation à la demande d'un tiers (Articles L3213-1 et L3212-3 du code de la santé publique – CSP) et hospitalisation d'office. Dans les rapports d'activité des CDHP sont distinguées parmi les hospitalisations d'office : les hospitalisations préfectorales directes (Art. L3213-1 du CSP), les hospitalisations d'office préfectorales prises après une mesure provisoire du maire ou du commissaire de police à

Paris (Art. L3213-2 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. L3213-7 du CSP) et les hospitalisations d'office prononcées pour les personnes détenues (Art. D398 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 (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.

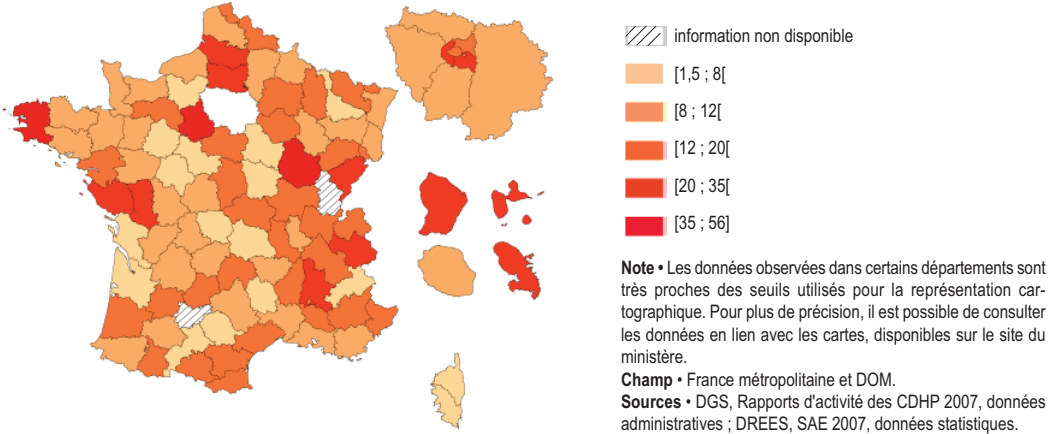
TABLEAU ● Évolution des mesures d'hospitalisation sans consentement de 1998 à 2007

	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 %

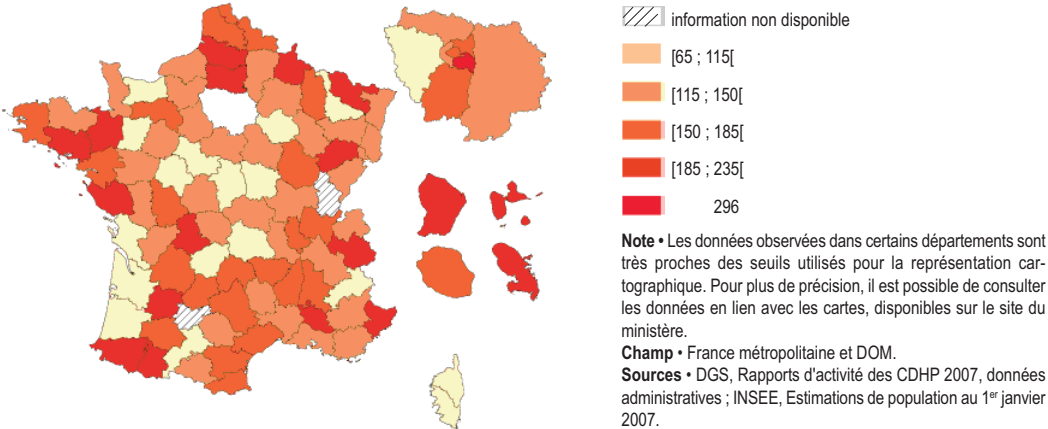
Champ • France métropolitaine et DOM.

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



CARTE 2 ● Nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus en 2007



Les structures d'hospitalisation à domicile

En 2008, 226 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ont offert plus de 8 700 places et réalisé 118 000 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 presque 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 »). 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 limité dans l'offre de soins. En 2008, 226 structures offrent plus de 8 700 places en France métropolitaine (voir tableau 1). Avec 24 entités, le secteur privé à but lucratif est le secteur où l'HAD est la moins répandue. La moitié des structures HAD appartiennent en 2008 au secteur public et 40 % au secteur privé à but non lucratif. Dans le secteur public, 98 structures appartiennent à des centres hospitaliers (CH) et 13 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 53 % des places d'HAD en 2008.

Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire

En 2008, sur les 8 700 places d'HAD installées en France métropolitaine, 2 500 sont concentrées en Île-de-France (voir carte), ce qui représente presque un tiers de l'offre totale. En termes d'activité, 38 % des séjours y sont réalisés. Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premières structures d'HAD créées en France à la fin des années 1950

sont à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et Santé Service Île-de-France. Ces structures ont les capacités d'accueil les plus importantes, avec respectivement 820 et 1 200 places en 2008 ; elles réalisent les trois quarts des séjours de la région Île-de-France. Cette région est avec le Limousin et la Corse, celle qui compte le plus de places (entre 21 et 25) en HAD pour 100 000 habitants. À l'inverse, l'Auvergne, le Languedoc-Roussillon, la Champagne-Ardenne et la Haute-Normandie sont sous-dotées : entre 3 et 6 places pour 100 000 habitants.

L'activité des structures d'HAD

Le secteur public réalise 40 % des 118 000 séjours en HAD et le secteur privé à but non lucratif 55 %.

Mesurée en journées, l'activité en HAD demeure davantage réalisée par le secteur privé à but non lucratif (66 %) que par le secteur public (27 %). Les séjours effectués dans les structures du secteur public sont des séjours plus courts que ceux réalisés dans le secteur privé à but non lucratif : si les séjours mono-séquences de soins sont les plus fréquents (79 %), ils représentent 83 % des séjours dans le secteur public contre 77 % dans le secteur privé à but non lucratif (voir tableau 2).

Les modes de prise en charge de « périnatalité », de « soins palliatifs » et de « soins techniques de cancérologie » sont les plus répandus. Ils concentrent plus de 55 % des séjours (voir la fiche « Les patients hospitalisés à domicile »). Les structures d'HAD n'ont pas la même activité selon leur statut juridique : celles du secteur privé à but non lucratif sont plus présentes sur les modes de prises en charge liés aux « soins techniques de cancérologie » et aux « soins palliatifs », qui, réunis, représentent plus de 40 % des séjours du secteur. Les prises en charge liées à la périnatalité sont quant à elles plus répandues dans le secteur public : elles représentent 36 % des séjours du secteur.

Champ

Établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2008.

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 circu-

laire 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 pré-

cise, 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 DGOS et l'ATIH 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 des établissements de santé (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

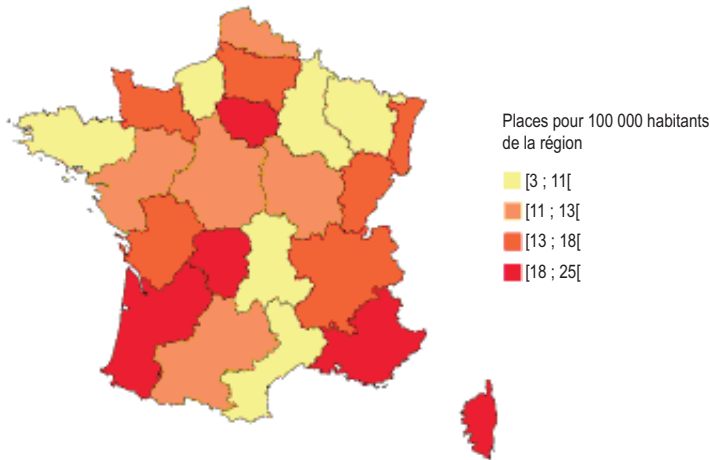
Statuts juridiques des structures	Nombre de structures	Places installées	Nombre de journées
Secteur public :	111	2 669	794 368
Centre hospitalier régional	13	1 124	358 151
Centre hospitalier (et autres)	98	1 545	436 217
Secteur privé à but non lucratif :	91	5 443	1 933 421
Centre de lutte contre le cancer	3	92	31 770
Structure associative d'HAD	74	4 710	1 698 123
Autres	14	641	203 528
Secteur privé à but lucratif	24	627	196 660
Ensemble	226	8 739	2 924 449

Note • L'activité est celle des disciplines de médecine, obstétrique et "soins de suite et réadaptation", c'est-à-dire. hors psychiatrie. Le total des places d'HAD installées est celui déclaré dans la SAE.

Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI-HAD 2008, SAE 2008, données statistiques.

CARTE ● Densités de places HAD par région en 2008



Champ • France métropolitaine.

Sources • SAE 2008, données statistiques, INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2008.

TABLEAU 2 ● Répartition des séjours selon le statut juridique des structures d'HAD

Statuts juridiques des structures	Séjours	Part des séjours mono-séquences (en %)
Secteur public :	47 281	83
Centre hospitalier régional	19 579	86
Centre hospitalier (et autres)	27 702	81
Secteur privé à but non lucratif :	65 171	77
Centre de lutte contre le cancer	4 473	87
Structure associative d'HAD	52 089	76
Autres	8 609	82
Secteur privé à but lucratif	5 350	67
Ensemble	117 802	79

Champ • France métropolitaine.

Sources • PMSI-HAD 2008, SAE 2008, données statistiques.

Les patients hospitalisés à domicile

En 2008, près de trois millions de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en France métropolitaine. Les séjours en périnatalité, en soins palliatifs et en cancérologie sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Les patients pris en charge sont de tous âges et six sur dix ne sont pas autonomes. Pour deux patients sur trois, l'HAD permet de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en établissement de santé.

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

L'hospitalisation à domicile s'adresse à tout patient, de la naissance à la fin de vie. En 2008, les enfants de 15 ans et moins concentrent 9,4 % des séjours, dont 6,4 % pour les nourrissons. Les personnes âgées constituent une population cible plus importante, même si, lors de sa mise en place en 1957, l'HAD n'avait pas pour mission de répondre spécifiquement à leurs besoins : les personnes de 65 ans et plus totalisent ainsi près de quatre séjours sur dix et les seules personnes de 80 ans et plus, 14 %.

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. Trois femmes sur dix hospitalisées à domicile ont entre 25 et 39 ans. Dans cette tranche d'âge, les femmes effectuent 80,5 % des séjours d'HAD, essentiellement pour une prise en charge en soins de périnatalité (grossesses à risque et *post-partum*). De fait, les femmes prises en charge en HAD sont, en moyenne, plus jeunes que les hommes : 50 ans contre 63 ans. Mais si on se restreint aux modes de prise en charge « hors périnatalité », l'âge moyen des femmes en HAD se rapproche de celui des hommes (61 ans).

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

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

En termes de séjours et au moment de l'admission en HAD, la périnatalité représente le groupe de modes de prise en charge principaux le plus fréquent, soit le premier motif d'HAD du point de vue des traitements prescrits. Elle rassemble en effet 24,1 % des séjours effectués (voir tableau) : 17 % concernent des *post-partum* et 7,2 % 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 16 % des séjours concernent des soins de cancérologie, et majoritairement des soins de chimiothérapie anticancéreuse (12,7 %). Les soins palliatifs concentrent, quant à eux, 15,8 % des séjours.

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 (4,1 % des séjours), les traitements de rééducation-réadaptation-éducation (3,3 %), l'assistance respiratoire ou nutritionnelle (8,5 %), les traitements intraveineux (8,1 %), les pansements complexes et les soins spécifiques (8,8 %). Les autres motifs de prise en charge principaux représentent 6,9 % des séjours. 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 15 % et 18 % des séjours. Les soins périnataux induisent des hospitalisations d'une durée moyenne plus courte que les autres soins. Ainsi, le nombre de journées qui leur 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

Le degré de dépendance, physique ou relationnelle, est mesurable selon un score issu de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ). En 2008, près de quatre admissions en HAD sur dix concernent des patients complètement autonomes. À l'opposé un peu plus d'un patient admis en HAD sur dix est complètement dépendant. La dépendance relationnelle est mieux préservée que la dépendance physique, en général plus lourde, avec respectivement 66 % et 40 % de patients complètement autonomes.

Une hospitalisation en établissement raccourcie ou totalement évitée pour deux patients sur trois

L'HAD se positionne comme une des alternatives à l'hospitalisation du patient en raccourcissant, retardant ou évitant totalement une hospitalisation complète. Ainsi sur le champ des séjours d'HAD commencés et terminés en 2008, 38,9 % des patients provenaient de leur domicile (voir graphique 2). L'HAD a permis d'éviter totalement une hospitalisation en établissement de santé pour près d'un patient sur trois puisque 30,1 % demeurent chez eux en fin de séjour ; pour moins d'un patient sur dix (6,5 %), l'HAD retarde l'hospitalisation complète puisque ce dernier est ensuite transféré en établissement traditionnel.

Plus de 60 % (61,1 %) des patients sont admis en HAD à la suite d'une prise en charge en établissement de santé : 36 % des patients écourtent une hospitalisation complète en restant à domicile. Mais ce n'est pas le cas d'un patient sur cinq (20,4 %) pour lequel une (ré)hospitalisation est nécessaire.

Champ

Établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2008. 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 ».

• **Le degré de dépendance :** il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) selon un gradient allant de l'autonomie complète (classe 1) à la dépendance totale (classe 4) dans six dimensions différentes : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. Le score global est regroupé en quatre classes : totale-

ment autonome (score AVQ de 6), faiblement dépendant (de 7 à 12), moyennement dépendant (de 13 à 18), fortement ou complètement dépendant (de 19 à 24).

Pour en savoir plus

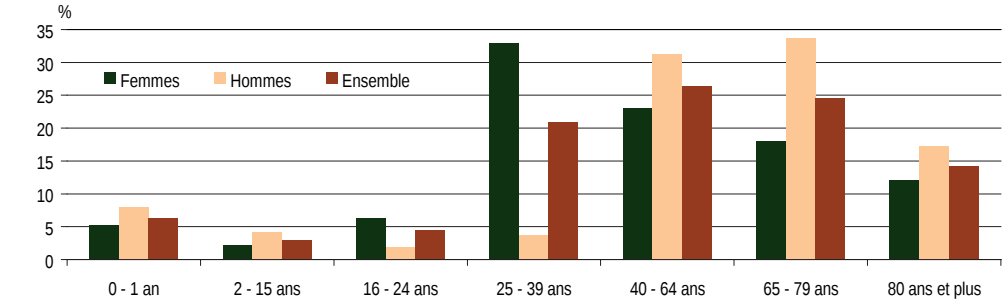
• Valdélièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L., 2009, « Les structures d'hospitalisation à domicile », *Études et Résultats*, n° 700, juillet, DREES.
• Afrite A., Com-Ruelle L., Chaleix M., Valdélièvre H., 2009, « L'hospitalisa-

tion 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 DGOS et l'ATIH 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



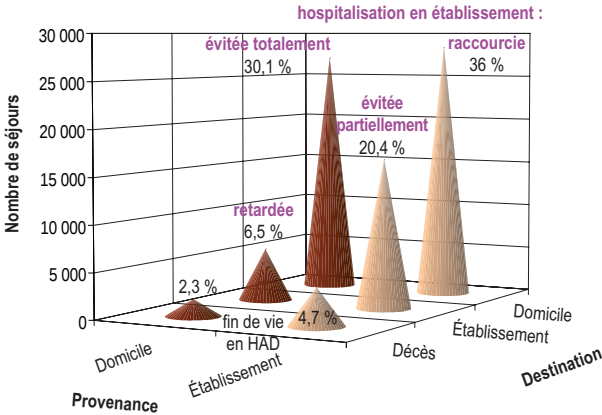
Note • Les âges sont ceux observés à l'admission.
Champ • France métropolitaine.
Sources • PMSI-HAD 2008, SAE 2008, données statistiques.

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	28 443	24,1	202 227	6,9
Soins palliatifs	18 556	15,8	641 718	21,9
Soins techniques de cancérologie	18 261	15,5	156 500	5,4
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	10 417	8,8	563 994	19,3
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	9 977	8,5	448 568	15,3
Traitement intraveineux	9 500	8,1	165 951	5,7
Autres motifs	8 121	6,9	174 686	6,0
Post-traitement chirurgical	5 871	5,0	143 549	4,9
Soins de <i>nursing</i> lourds	4 779	4,1	274 029	9,4
Rééducation-réadaptation-éducation	3 874	3,3	153 167	5,2
Mode de prise en charge principal non renseigné	3	0,0	60	0,0
Ensemble	117 802	100,0	2 924 449	100,0

* Agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil.
Champ • France métropolitaine.
Sources • PMSI-HAD 2008, SAE 2008, données statistiques.

GRAPHIQUE 2 ● Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2008



Lecture • 38,9 % des patients ayant effectués un séjour HAD en 2008 provenaient de leur domicile ; l'hospitalisation en établissement a été totalement évitée pour 30,1 % d'entre eux. 61,1 % provenaient d'un établissement de santé : l'hospitalisation en établissement a été raccourcie pour 36 % d'entre eux. 7 % de séjours en HAD se terminent par un décès.
Champ • 101 450 séjours HAD terminés en 2008 en France métropolitaine.
Sources • PMSI-HAD 2008, SAE 2008, données statistiques.

Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

En 2008, 1 762 établissements ont déclaré une activité en SSR et réalisé plus de 34 millions de journées en hospitalisation complète ou partielle en France métropolitaine et dans les DOM. Près de la moitié de l'activité est réalisée dans le secteur public. Les capacités totales en SSR sont de 103 600 lits et places dont un quart est installé dans les centres hospitaliers. Les capacités sont plus importantes en Île-de-France et surtout dans l'ensemble du sud-est : les établissements du secteur privé à but lucratif y sont mieux implantés que dans les autres régions.

L'offre des établissements de soins de suite et de réadaptation

Près d'un établissement sur deux appartient au secteur public, 24 % au secteur privé à but lucratif et 27 % au secteur privé à but non lucratif (voir tableau). Les centres hospitaliers (CH) et les centres hospitaliers régionaux ou universitaires (CHR/CHU) représentent les deux tiers des structures du secteur public ayant une activité de SSR, qu'il s'agisse de réadaptation fonctionnelle, de soins de suite ou de centres de post-cure. Dans le secteur privé, les établissements spécialisés en convalescence et repos et en réadaptation fonctionnelle constituent les deux tiers des structures.

Le secteur public offre 40 % des lits et places dédiés aux SSR, le secteur privé à but non lucratif un tiers et le secteur privé à but lucratif un peu plus du quart. La taille des services de SSR et la part de leurs capacités en ambulatoire varient selon le type de structure et son activité (voir définitions). Dans le secteur public, les sites dédiés au SSR des CHR/CHU accueillent en moyenne une centaine de lits et places, dont 6 % de capacités en ambulatoire. Les CH disposent en moyenne d'une cinquantaine de lits et places, dont 5 % de capacités en ambulatoire, tandis que les hôpitaux locaux ont une capacité moyenne plus faible (25 lits et places en moyenne) et une part d'ambulatoire plus faible (3,2 %), qui se rapproche plutôt de celle des établissements de convalescence et de repos du secteur privé (de 1,5 à 2,1 %).

Dans le secteur privé, les établissements de convalescence et de repos et ceux de réadaptation fonctionnelle représentent les trois quarts des capacités. En réadaptation fonctionnelle, la taille moyenne tourne autour de 100 lits et places et la part des capacités en ambulatoire est deux fois plus élevée que la part moyenne de l'ensemble du secteur, avec une prédominance des capacités en ambulatoire dans le secteur privé à but non lucratif : 18,8 % contre 13,9 % dans le secteur privé à but lucratif. Ce dernier a développé une capacité plus élevée en centres de postcure pour alcooliques ou maisons de régime que le secteur privé à but non lucratif mais la part de l'ambulatoire y est trois fois plus faible. En ce qui concerne les établissements de soins pluridisciplinaires qui développent d'autres activités de

soins, de médecine ou de chirurgie notamment, la part de l'activité ambulatoire rejoint celle des établissements publics (6 %).

Près de la moitié de l'activité SSR est prise en charge par le secteur public

Le secteur public réalise près de 13 millions de journées en hospitalisation complète et partielle, soit 38 % de l'activité totale SSR. Les 463 centres hospitaliers (CH) réalisent 59 % de l'activité du secteur public et les CHR/CHU et leurs sites d'implantation en SSR, environ un quart. L'activité des secteurs privés à but lucratif et non lucratif est légèrement inférieure à celle du secteur public, avec entre 10 et 11 millions de journées pour chacun des secteurs. Cependant, l'activité du secteur privé à but non lucratif est prépondérante dans les établissements de réadaptation fonctionnelle (38 % du secteur) ; pour le secteur privé à but lucratif, près de la moitié de l'activité est réalisée dans les établissements de convalescence et de repos.

Le secteur privé à but lucratif plus présent dans le sud

L'activité du secteur public est prépondérante dans le Limousin (70 % de l'activité de la région), en Champagne-Ardenne (65 %) et en Franche-Comté (52 %). L'activité du secteur privé à but lucratif est majoritaire en Provence-Alpes-Côte d'Azur où il réalise 63 % de l'activité SSR de la région, en Corse (86 %) et en Languedoc-Roussillon (50 %), et ce notamment sur les établissements de convalescence et de repos (voir carte 1). Le secteur privé à but non lucratif est quant à lui prépondérant en Nord-Pas-de-Calais (59 %), en Alsace (67 %) et en Lorraine (50 %).

Le sud-est de la France est mieux doté

Rapporté au nombre de personnes âgées de plus de 50 ans, les densités sont les plus élevées en Provence-Alpes-Côte d'Azur (577 lits et places pour 100 000 personnes de plus de 50 ans) et en Languedoc-Roussillon (535), ainsi qu'en Île-de-France (527) (voir carte 2). À l'opposé, les régions Champagne-Ardenne (300), Poitou-Charentes (345), Limousin et Franche-Comté (399) sont les moins dotées avec les DOM (au maximum 375 lits et places et même 158 en Guyane). Les écarts entre régions se sont toutefois réduits au cours des dernières années : le coefficient de variation s'établit à 0,15 en 2008 contre 0,27 en 2000.

Champ

France métropolitaine et DOM, hors maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Définitions

• **Établissement** : entité géographique ou site de production par opposition à l'entité juridique (voir la fiche « Les grandes catégories d'établissements de santé »).

• **Soins de suite et de réadaptation** ou « moyen séjour » : ils concernent les groupes de disciplines sanitaires suivants : maladies à évolution prolongée, convalescence, repos et régime,

rééducation fonctionnelle et réadaptation, lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires, cures thermales, cures médicales, cures médicales pour enfants, post-cures pour alcooliques.

• **Capacités** : voir la fiche sur « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».

• **Activité** : cumul des journées d'hospitalisation complète et partielle.

• **Part de l'activité ambulatoire** : pourcentage d'hospitalisation partielle rapportés à l'activité totale.

• **Part des capacités en ambulatoire** : nombre de places rapporté au nombre total des lits et places.

• **Densités de capacités** : les capacités de la région sont rapportées à 100 000 personnes de 50 ans et plus de la région. Les capacités des établissements sous tutelle des Assistants Publiques, situés hors de la région de leur tutelle, ont été affectées à parts égales dans la région de tutelle et celle du site d'implantation.

Sources

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

Le PMSI-SSR 2008 a été institué pour les hospitalisations réalisées dans des structures ayant une activité autorisée en soins de suite ou de réadaptation. Il concerne tous les séjours d'hospitalisation (complète ou partielle en établissements de santé, publics comme privés, recueillis pour chaque semaine de prise en charge dans un résumé hebdomadaire anonyme (RHA). Les données sont des données pondérées afin de tenir compte de la non-exhaustivité du recueil.

TABLEAU ● Établissements développant des soins de suite et de réadaptation selon le statut et la catégorie

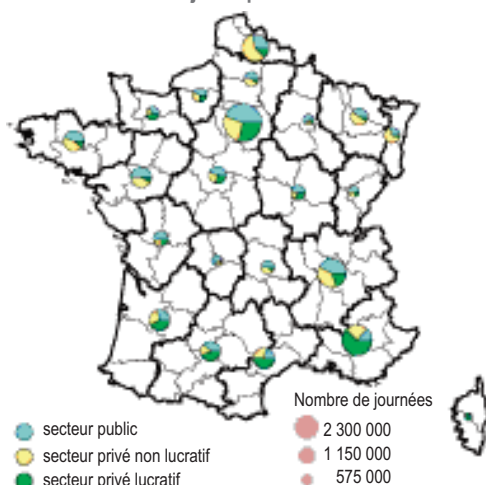
Types d'établissements	Nombre d'établissements	Capacités		Activité PMSI	
		Capacités (lits et places)	Part en % de l'ambulatoire	Activité totale réalisée (en journées)	Part en % de l'ambulatoire
Secteur public :	853	41 254	5,0	12 868 861	4,0
Sites d'implantations SSR de centre hospitalier régional (CHR/CHU)	92	10 182	6,4	3 087 900	5,6
Centres hospitaliers (CH)	463	23 709	5,1	7 614 477	4,3
Hopitaux locaux	266	6 277	3,2	1 997 359	0,7
Autres*	32	1 086	2,3	169 125	3,9
Secteur privé à but non lucratif :	479	33 750	10,2	11 410 949	10,3
Établissements de convalescence et de repos	172	11 032	2,1	3 568 164	0,7
Établissements de réadaptation fonctionnelle	151	14 523	18,8	4 311 517	20,8
Centres de post cures pour alcooliques et maisons de régime	28	1 205	7,6	370 340	4,3
Établissements de soins pluridisciplinaires**	94	5 178	5,6	2 596 395	8,5
Autres***	33	1 812	4,9	564 532	3,3
Secteur privé à but lucratif	430	28 661	6,2	10 009 157	6,8
Établissements de convalescence et de repos	191	12 957	1,5	4 630 654	1,2
Établissements de réadaptation fonctionnelle	94	9 248	13,9	3 245 798	15,4
Centres de post-cures pour alcooliques et maisons de régime	22	1 783	1,7	607 607	0,2
Établissements de soins pluridisciplinaires**	106	4 047	6,0	1 340 020	8,8
Autres***	18	626	4,8	185 078	2,1
Ensemble	1 762	103 665	7,0	34 288 967	6,9

* Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS), syndicats inter-hospitaliers, maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) à caractère permanent, etc. ** Médecine, chirurgie ou obstétrique et SSR. *** CHS, unités de soins de longue durée, pouponnières, etc.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors MECS à caractère temporaire.

Sources • SAE 2008, PMSI-SSR 2008, données statistiques.

CARTE 1 ● Activité en SSR selon la région et le statut juridique en 2008

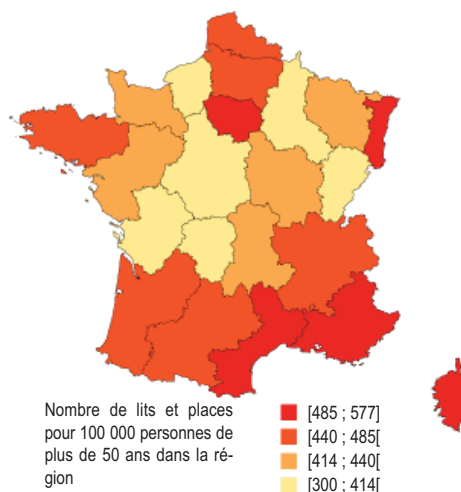


Note • La carte relative aux DOM est disponible sur le site Internet www.sante.gouv.fr/xxx

Champ • France métropolitaine, hors MECS à caractère temporaire.

Sources • SAE 2008, PMSI-SSR 2008, données statistiques.

CARTE 2 ● Densités de capacités en SSR en 2008



Note • La carte relative aux DOM est disponible sur le site Internet www.sante.gouv.fr/xxx

Champ • France métropolitaine, hors MECS à caractère temporaire.

Sources • SAE 2008, données statistiques.

La patientèle d'hospitalisation complète des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

En 2008, les établissements de SSR ont pris en charge plus d'un million de séjours en hospitalisation complète, représentant plus de 34 millions de journées. Les soins dispensés sont orientés vers une patientèle féminine, plutôt âgée, pour des poursuites de soins traumatologiques et rhumato-orthopédiques.

Des soins à l'admission centrés sur la rééducation

Les soins impliquant une rééducation sont la principale prise en charge déclarée lors de l'admission (52,8 %) ; il s'agit dans trois séjours sur quatre de rééducation mécanique. La convalescence concerne 20,1 % des séjours de SSR et une convalescence sur trois est consécutive à une intervention chirurgicale. La chimiothérapie, la radiothérapie, les soins palliatifs, etc. concernent 17,5 % des séjours de SSR. Les séjours réalisés pour des conseils et avis médicaux (3 %) concernent majoritairement la diététique mais aussi l'alcoolisme. Les maladies intercurrentes lors de la semaine d'admission concernent 1,3 % des séjours : il s'agit le plus souvent des affections des appareils cardio-circulatoire, respiratoire et digestif ainsi que de troubles mentaux et du comportement.

Des pathologies variées à l'origine des soins de suite ou de réadaptation

En 2008, dans les établissements de SSR, près de la moitié des séjours réalisés en hospitalisation complète a été motivée par des maladies du système ostéo-articulaire (18,7 %), arthrose notamment, des lésions traumatiques (17 %) ou des affections cardio-vasculaires (12,8 %) (voir tableau). Un peu plus du quart des séjours concerne les troubles mentaux, les maladies du système nerveux et les affections du système métabolique et endocrinien. Plus précisément, les pathologies principalement prises en charge sont les paralysies, les troubles mentaux liés à la consommation de substances psychoactives, l'obésité et les démences. Les séjours liés à la prise en charge de tumeurs malignes représentent 6,7 % des hospitalisations ; il s'agit le plus fréquemment de la prise en charge de tumeurs des organes digestifs avec, notamment, les tumeurs du côlon et du rectum.

Une patientèle âgée et des prises en charges variant avec l'âge

En 2008, sur l'ensemble des séjours réalisés, trois séjours sur cinq concernaient des patients de 70 ans et plus et, un sur cinq, des patients de 85 ans et plus. Les séjours effectués par des patients de moins de 18 ans sont peu nombreux : 3,2 % de l'ensemble des séjours. Ils sont principalement classés dans des catégories majeures cliniques (CMC) de poursuites de soins nutritionnels et neuromusculaires (23 %). D'une manière générale, ces séjours sont, à l'admission, proportionnellement plus lourds que ceux des adultes. Les séjours des jeunes adultes sont classés en poursuites de soins neuromusculaires (24 %) et post-traumatiques (21 %). En ce qui concerne les patients

âgés de 35 à 49 ans, ils sont principalement orientés vers des poursuites de soins en santé mentale (20 %), de rhumato-orthopédiques (18 %) et de neuromusculaires (17 %). Dans les tranches d'âge de 60 ans à 80 ans, la répartition des séjours par CMC est la même, avec majoritairement des poursuites de soins rhumato-orthopédiques puis post-traumatiques puis cardiovasculaires et neuromusculaires. Après 80 ans, les poursuites de soins post-traumatiques sont plus fréquentes que celles en rhumato-orthopédiques.

Une patientèle plutôt féminine et des spécificités liées au genre

Les séjours concernent le plus souvent des femmes (57,9 %). Elles sont plus âgées que les hommes : 59,3 % d'entre elles ont plus de 75 ans contre 37,7 % d'hommes. Les séjours des femmes sont deux fois plus nombreux que ceux des hommes en poursuites de soins post-traumatiques et rhumato-orthopédiques. Par contre, les poursuites de soins cardio-vasculaires ou respiratoires et en santé mentale concernent plus d'hommes que de femmes (voir graphique 1).

Un nombre moyen de jours de présence en SSR variant avec l'âge

La durée moyenne des séjours complets (c'est-à-dire ceux commencés en 2008 ou auparavant et finis en 2008) est de 34,8 jours. Les durées d'hospitalisation les plus longues sont celles des enfants de moins de 15 ans (42 jours) : quant aux patients de plus de 80 ans, ils sont eux en moyenne hospitalisés durant 35,9 jours.

Des patients en majorité autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission en SSR

À l'admission, de manière globale, sur dix patients hospitalisés (voir graphique 2), deux sont autonomes, quatre présentent une dépendance faible, trois, une dépendance moyenne et un patient est fortement ou complètement dépendant (voir définitions). La dépendance des patients évaluée durant les semaines d'admission et de sortie montre une évolution globalement favorable : la part des patients autonomes augmente (+4,6 %) et la part des patients complètement dépendants diminue, mais de manière modérée (-1,0 %). Cette évolution favorable est surtout liée à l'augmentation du nombre de patients autonomes sur le plan physique (+5,2 %). Par contre, la répartition des patients selon leur degré de dépendance cognitive évolue très peu entre l'admission et la sortie et des patients.

Champ

France métropolitaine et DOM, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Définitions

• **Maladie intercurrente** : affection survenant pendant l'hospitalisation en SSR.

• **Le séjour** : période comprise entre le jour de l'admission et le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante, décrite selon les caractéristiques du patient lors de la première semaine de 2008.

• **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.

• **Le nombre moyen de jours de présence** : présence effective effectuée en SSR, hors permissions.

• **La finalité principale de prise en charge (FPCC)** recouvre ce qui a été fait au patient durant la semaine. La manifestation morbide principale (MMP) est le problème de santé sur lequel s'exerce le type de soins dont bénéficie le patient, et qui mobilise l'essentiel de l'effort médical et soignant. L'affection étiologique (AE) est le problème de santé qui est à l'ori-

gine de la manifestation morbide principale.

• **L'appréciation de la morbidité** : les altérations ou problèmes de santé des patients, pour lesquels des soins de suite ou de réadaptation en hospitalisation complète leur ont été prescrits, ont été appréciés à partir de la MMP, voire de l'AE. Ces dernières sont enregistrées lors de la semaine de l'admission des patients en SSR pour les séjours commencés en 2008 et lors du 1^{er} résumé hebdomadaire anonyme (RHA) de 2008 pour les séjours débutés en 2007.

• **Les catégories majeures cliniques (CMC)** décrivent un grand cadre de prise en charge des patients.

• **Le degré de dépendance des patients** est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) lors de l'admission et lors de la sortie. La graduation est expliquée dans la fiche « Les patients hospitalisés à domicile ».

Sources

Voir la fiche « Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ».

TABLEAU ● Répartition des séjours réalisés en SSR en 2008, selon la morbidité enregistrée

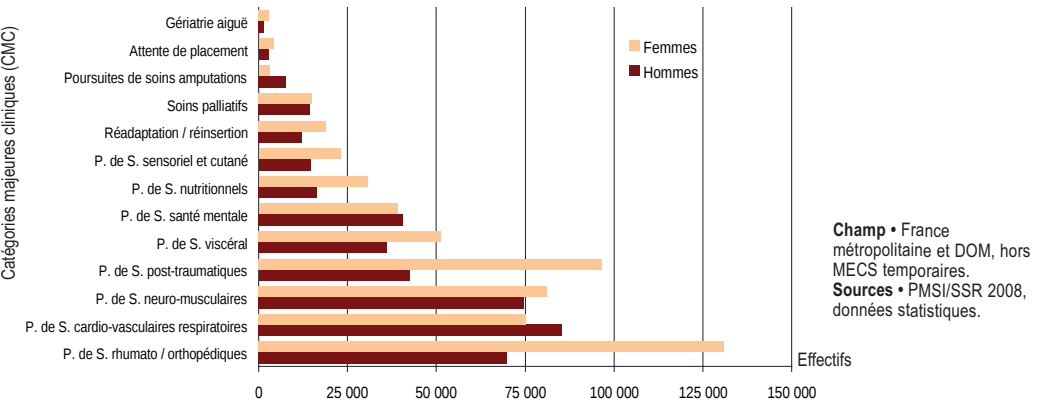
Groupes de pathologies	Effectifs	% total
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont : <i>arthropathies et dorsopathies</i>	193 184 166 437	18,7 16,1
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont : <i>lésions traumatiques</i>	176 147 151 646	17,0 14,7
Affection de l'appareil cardio-vasculaire	131 956	12,8
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, dont : <i>anomalie de la démarche et de la motilité</i> <i>malaise et fatigue</i>	93 918 36 421 21 464	9,1 3,5 2,1
Troubles mentaux et du comportement, dont : <i>troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substance psychoactives</i> <i>démences (y compris maladie d'Alzheimer)</i>	88 390 29 766 24 743	8,5 2,9 2,4
Maladies du système nerveux, dont : <i>paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques</i>	95 073 67 967	9,2 6,6
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont : <i>obésité et autres excès d'apport</i> <i>diabète</i> <i>maladies de l'appareil digestif</i>	80 624 27 365 14 155 16 179	7,8 2,6 1,4 1,6
Tumeurs malignes, dont : <i>tumeurs des organes digestifs</i> <i>tumeurs de l'appareil respiratoire</i>	69 061 7 834 1 532	6,7 0,8 0,1
Affections de l'appareil respiratoire	46 092	4,5
Maladies des organes génito-urinaires	14 263	1,4
Autres pathologies*	43 563	4,2
Non renseigné	2 121	0,2
Total	1 034 393	100,0

* Affection de la peau, maladies infectieuses et parasitaires, maladies du sang, tumeurs bénignes, etc.

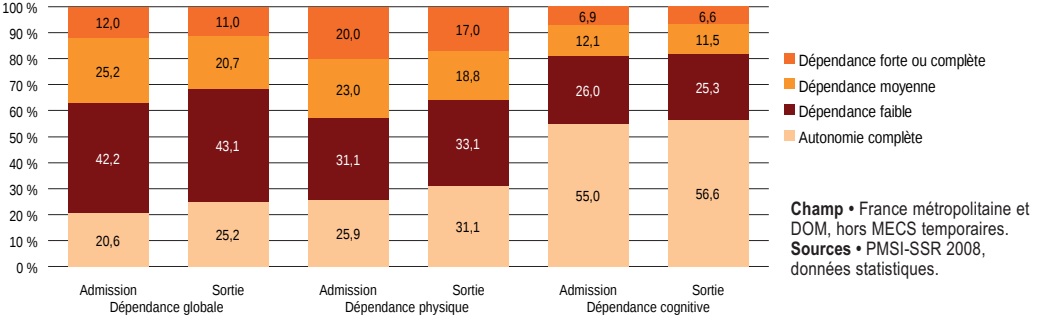
Champ • France métropolitaine et DOM, hors MECS temporaires.

Sources • PMSI-SSR 2008, données statistiques.

GRAPHIQUE 1 ● Répartition des séjours en hospitalisation complète de SSR, selon le genre des patients et la CMC à l'admission en 2008



GRAPHIQUE 2 ● Répartition des séjours en hospitalisation complète de SSR, selon le degré de dépendance des patients enregistré à l'admission et à la sortie en 2008



Champ • France métropolitaine et DOM, hors MECS temporaires.
Sources • PMSI-SSR 2008, données statistiques.

Les interruptions volontaires de grossesse en établissement

Selon la Statistique annuelle des établissements (SAE), 200 700 interruptions volontaires de grossesses (IVG) ont été réalisées en établissement en 2008. Si l'on ajoute les 22 100 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville, on obtient un total de 222 800 IVG en 2008, en très légère baisse par rapport aux années 2006 et 2007. Plus de 221 500 IVG ont concerné des femmes de 15 à 49 ans, soit un taux de 14,8 IVG pour 1 000 femmes de cette tranche d'âge. Près de trois IVG sur quatre sont réalisées à l'hôpital public.

La part du secteur public continue de croître

En 2008, la prise en charge des IVG a été assurée par 599 établissements en métropole et 21 dans les DOM. Les deux tiers sont des établissements publics. La part de ce secteur dans la prise en charge des IVG en établissement continue de croître mais à un rythme plus faible que celui du début des années 2000 : en 1990, 60 % des IVG étaient réalisées dans le secteur public, puis 69 % en 2002, 72 % en 2005 et 77 % en 2008 en France métropolitaine et dans les DOM. Entre 2002 et 2008, la progression du secteur public concerne vingt-deux régions sur vingt-six, de façon plus ou moins marquée selon les cas : c'est en Île-de-France, en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et en Alsace qu'elle a été la plus forte. L'Île-de-France et la région Midi-Pyrénées restent cependant les deux régions où le secteur privé est le plus présent, avec respectivement 42 et 50 % des IVG réalisées en établissements privés, contre 55 et 47 % en 2002. Dans de nombreuses régions, plus de neuf IVG hospitalières sur dix sont prises en charge par le secteur public (voir carte 1). Il s'agit des régions Bretagne, Rhône-Alpes, Auvergne, Bourgogne, Limousin, Basse-Normandie, Alsace, Centre, Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Martinique. Ce sont les mêmes régions en 2008 qu'en 2002, sauf pour l'Alsace où le recul du secteur privé est plus récent, avec encore 20 % des IVG réalisées dans ce secteur en 2002 contre seulement 3 % en 2008.

Une IVG médicamenteuse sur cinq est réalisée en ville

En 2008 comme en 2007, le nombre total d'IVG a très légèrement diminué. La diminution est marquée en milieu hospitalier, avec une partie des IVG médicamenteuses qui se reportent en cabinet libéral où elles sont autorisées depuis 2004 (voir graphique 1). En 2008, 22 100 IVG médicamenteuses ont été réalisées en cabinet de ville, soit une IVG médicamenteuse sur cinq et, au total, une IVG sur dix.

À l'hôpital ou en clinique, la part des IVG réalisées sans intervention chirurgicale continue à progresser légèrement, atteignant 45 % contre 43 % en 2006. Au total, une IVG sur deux (50 %) est réalisée de façon médicamenteuse, en ville ou en établissement, contre 47 % en 2006.

La prise en charge des IVG médicamenteuses en ville demeure très inégale selon les régions, avec 17 % en Île-de-France et

20 % à La Réunion, contre aucune en Martinique et moins de 5 % dans dix régions : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Limousin, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Picardie (voir carte 2).

6 % d'IVG « tardives » en 2008

L'augmentation de la part des IVG médicamenteuses, réalisées plus précocement que les IVG chirurgicales, et l'étalement du délai légal de recours à l'IVG introduit par la loi de 2001 (voir définitions) ont eu des effets en sens inverses expliquant le maintien de la durée moyenne de gestation, depuis 1990, un peu au-dessus de six semaines de grossesse. La part des IVG réalisées lors des onzième et douzième semaines de grossesse est de 6 %, en 2008 comme en 2004.

Près de 1 000 praticiens conventionnés pratiquent des IVG dans leur cabinet

En 2009, 882 praticiens ont réalisé des IVG médicamenteuses en ville, dont 344 travaillant en Île-de-France et 109 en PACA, soit un peu plus de la moitié des praticiens pour ces deux seules régions. Les deux tiers d'entre eux sont des gynécologues.

Les données de la SAE permettent de mesurer le temps de travail effectif pour l'unité pratiquant des IVG, selon la catégorie du praticien, exprimé en équivalent temps plein (ETP) et non en effectif. En 2008, 296 équivalents temps plein de médecins (hors anesthésistes) salariés ont été recensés, ainsi que 167 ETP d'anesthésistes et 369 ETP de sages-femmes, pour l'ensemble des 620 établissements hospitaliers. Par ailleurs, 750 médecins libéraux et 674 anesthésistes libéraux (exclusifs ou non) sont aussi décomptés.

Un taux de recours en très légère décroissance

Pour la France métropolitaine et les DOM, le recours à l'IVG concerne 14,8 femmes pour 1 000 âgées de 15 à 49 ans ; il est globalement stable depuis quelques années, en très légère décroissance depuis 2006 (voir graphique 2). À structure d'âge constante depuis 2001, le taux observé aurait augmenté de 0,6 point (contre 0,4) entre 2001 et 2008.

Dans les DOM, les taux de recours sont en moyenne deux fois supérieurs à ceux observés en métropole, avec 28 IVG pour 1 000 femmes en 2008.

Champ

France métropolitaine et DOM.

Définitions

L'évolution de la législation : la loi du 4 juillet 2001 a introduit une première modification des règles de recours à l'IVG en portant le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est pratiquée en établissement depuis 1989. La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent aux

femmes de recourir à une IVG médicamenteuse également dans le cadre de la médecine de ville. 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., « Les interruptions volon-

taires de grossesse en 2008 », *Études et Résultats*, à paraître, DREES.

• Vilain A., 2009, « Les établissements et les professionnels réalisant des IVG », *Études et Résultats*, n° 712, DREES.

• DREES, 2010, « L'état de santé de la population. Rapport 2009-2010 », La Documentation française, coll. « Bibliothèque des rapports publics »

Sources

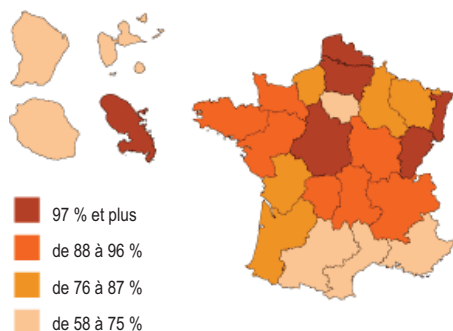
La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit

l'activité des établissements de santé et, pour les IVG, l'activité et les personnels travaillant au sein des services.

Le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) permet de recueillir des données individuelles, avec des indications sur l'âge de la femme et son lieu de domicile.

La CNAMTS (Erasmus) recueille le nombre de forfaits concernant des IVG réalisées en cabinet libéral par méthode médicamenteuse.

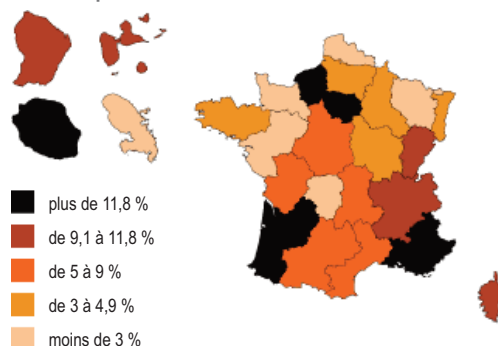
CARTE 1 ● Part du secteur public parmi les IVG réalisées en établissement en 2008



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE, données administratives.

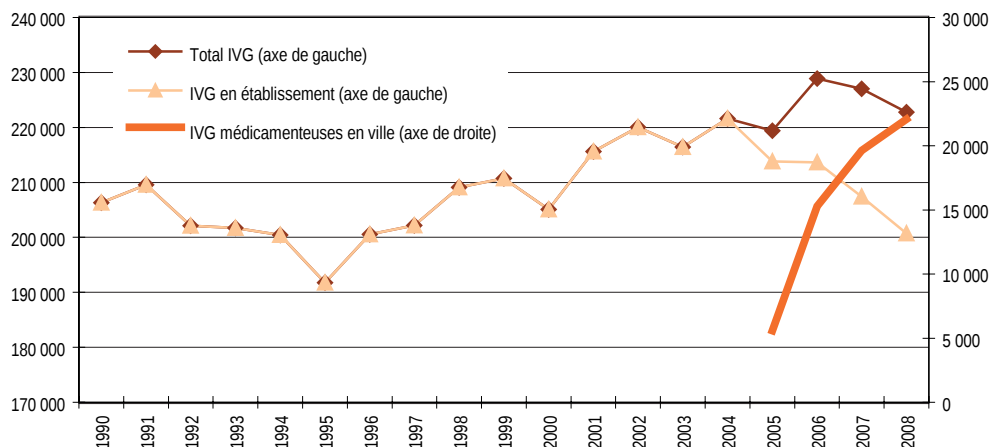
CARTE 2 ● Part des IVG réalisées en médecine de ville parmi les IVG réalisées en 2008



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE, données administratives, CNAMTS, Erasmé.

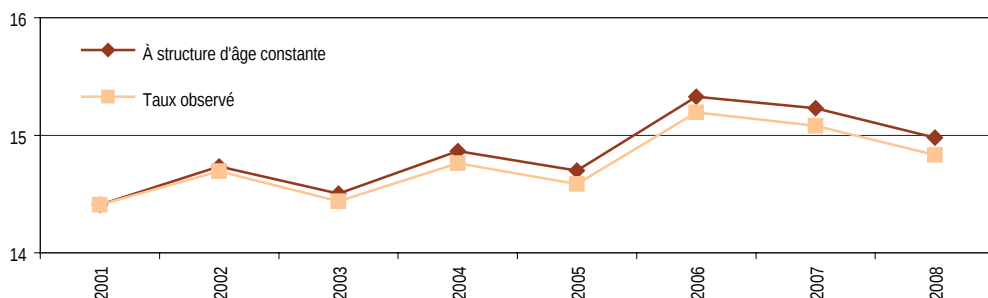
GRAPHIQUE 1 ● Évolution du nombre des IVG depuis 1990



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE, données administratives, CNAMTS, Erasmé.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans entre 2001 et 2008



Note • Le taux observé est calculé en rapportant le nombre d'IVG à l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans susceptibles de courir le risque. Le taux à structure d'âge constante est calculé en appliquant les taux de recours par âge observés chaque année à une population fictive ayant la même structure que celle relevée en 2001.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE (données administratives), DGOS-DREES, PMSI, CNAMTS, Erasmé.

Les dépenses de médicaments dans les établissements de santé

En 2008, 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. Cette étude est réalisée à partir des données du recueil médicaments de la DREES, qui n'inclut pas les structures d'hospitalisation à domicile (HAD), ni les services de santé des armées.

Des dépenses en médicaments estimées à 3,8 milliards d'euros en 2008, dont 2,3 milliards facturables en sus de l'activité

En 2008, les dépenses de médicaments (hors rétrocession [voir définitions]) des établissements de santé ont atteint 3,8 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 23 % les cliniques privées et pour 6 % les établissements privés à but non lucratif (hors centres de lutte contre le cancer [CLCC]). Les CLCC représentent par ailleurs 7 % des dépenses totales de médicaments de l'ensemble des établissements.

Une liste de spécialités pharmaceutiques, fixée par l'État, fait l'objet d'un remboursement par les organismes d'assurance maladie en sus du financement à l'activité (liste hors groupe homogène de séjours – GHS). 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'anticancéreux, de médicaments composés d'érythropoïétine, de facteurs de coagulation et d'immunoglobulines humaines.

En 2008, sur les 3,8 milliards d'euros de dépenses de médicaments des établissements de santé, 2,3 milliards, soit près des deux tiers, ont été générés par les médicaments inscrits sur la liste hors GHS. Les dépenses de médicaments de cette liste ont été estimées à 2,4 milliards d'euros par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Cet écart est imputable à une différence de champ entre les deux sources, les données du recueil médicaments de la DREES n'incluant pas les structures d'HAD ni les services de santé des armées. Entre 2007 et 2008, la croissance de ce poste de dépenses a augmenté de 16 %.

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 de réadaptation. Les établissements ayant une activité en soins de longue durée, l'hospitalisation à domicile et le service de santé des armées ne sont pas couverts par le champ du recueil.

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

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, représente 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'antineoplasiques et d'immunomodulateurs figurant sur la liste hors GHS représente environ 90 % des dépenses en molécules facturables en sus (voir graphique 1).

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 lucratifs à faible activité de cancérologie.

La proportion de médicaments facturables en sus la plus importante se situe ainsi dans les CLCC (86 %), dans les CHU (64 %) 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 2 % (CLCC) du volume total de médicaments consommés.

ments 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 ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

• Rétrocession de médicaments : les établissements publics ont la possibilité de vendre des médicaments à des patients. La rétrocession de médicaments recouvre leur délivrance par une pharmacie hospitalière à des patients qui ne sont pas hospitalisés.

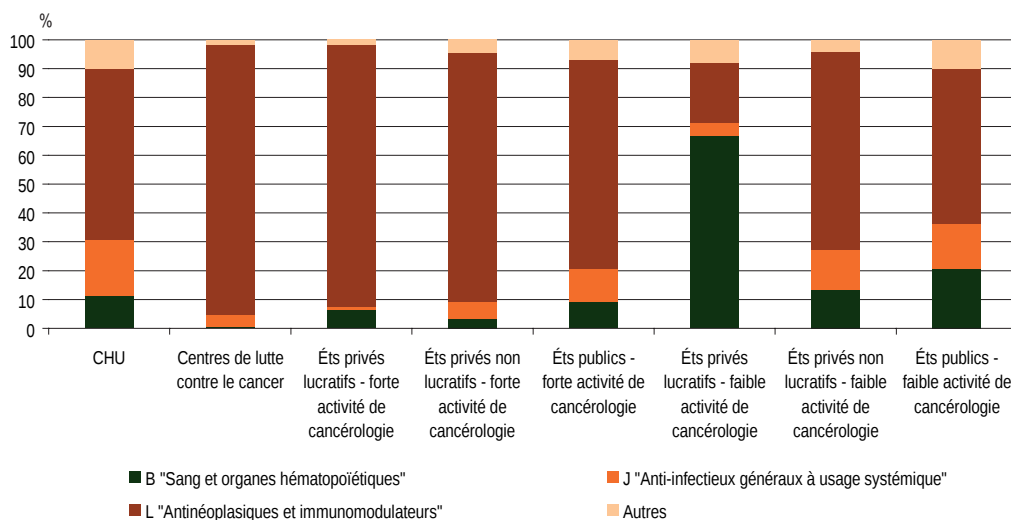
Pour en savoir plus

DGOS, Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A).

Sources

Le recueil d'informations sur le médicament dans les établissements de santé organisé par la DREES permet de connaître pour chacun des établissements les achats (prix moyen pondéré et quantités) de médicaments par unité commune de dispensation (UCD), les quantités délivrées et les ventes au public (rétrocession). Le taux de réponse de cette collecte en termes d'activité 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.

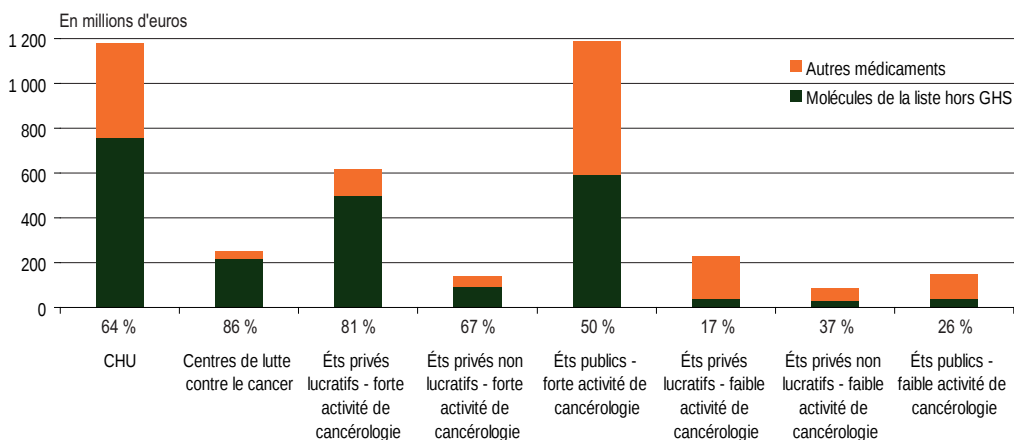
GRAPHIQUE 1 ● Répartition des dépenses de médicaments de la liste hors GHS par classe thérapeutique



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • Recueil médicaments, DREES, 2008.

GRAPHIQUE 2 ● Dépenses de médicaments et part des médicaments facturables en sus par catégorie d'établissements



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • Recueil médicaments, DREES, 2008.

6

La situation économique du secteur

- La part des établissements de santé dans la consommation de soins
- Disparités territoriales des dépenses de soins hospitaliers de court séjour
- 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 78 milliards d'euros en 2009, le secteur hospitalier (établissements des secteurs public et privé) représente 44,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,5 % de la consommation totale des ménages. L'Assurance maladie finance 90 % des dépenses de soins hospitaliers.

La consommation de soins hospitaliers s'élève à 78 milliards d'euros en 2009

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 2009, à 78 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 44,4 % en 2009. Pour la situer dans l'ensemble de l'économie, la consommation de soins hospitaliers représente, en 2009, 5,5 % de la consommation totale effective des ménages. Cette part a augmenté de 0,3 point depuis 2000 (voir graphique 1). En 2009, l'évolution de la consommation de soins hospitaliers est supérieure à celle de la consommation totale de soins et de biens médicaux pour la première fois depuis onze ans, avec une autre exception en 2005 (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 60 milliards d'euros. Elle croît de 3,7 % en valeur en 2009, ce qui marque une nette accélération par rapport à l'année précédente (+3,3 %).

Dans le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées, la consommation de soins s'est élevée à

18 milliards d'euros en 2009. 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 2009 (+4,4 %) est inférieure à celle de 2008 (+4,9 %).

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers : 90,4 % en 2009 contre 75,5 % pour l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (voir tableau 2). En effet, une large majorité des séjours donnent 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 2009 contre 4,3 % en 2004) tandis que la part de la Sécurité sociale diminue (90,4 % en 2009 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 celles 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 2009, 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 des ménages** : elle est égale à la somme de la dépense de consommation des ménages et des dépenses individualisables des administrations publiques (pour l'essentiel dépenses de santé, c'est-à-dire remboursements de l'Assurance maladie, et dépenses d'éducation)

Pour en savoir plus

• Fenina A., Le Garrec M.-A., Koubi M., 2010, « Les comptes nationaux de la santé en 2009 »,

Études et Résultats, n° 736, septembre, DREES.

• Fenina A., Le Garrec M.-A., Koubi M., 2010, « Comptes nationaux de la santé en 2009 », *Document de travail, Série Statistiques*, n° 149, septembre, DREES.

Sources

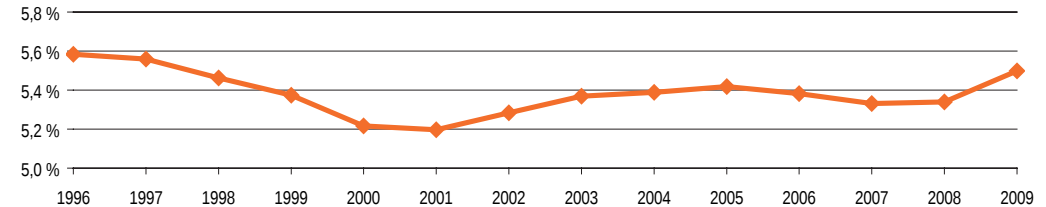
Comptes de la santé (base 2000), qui constituent des comptes satellites des comptes de la nation.

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

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Consommation de soins et biens médicaux	98 032	115 121	151 208	157 294	163 970	170 058	175 706
Consommation de soins hospitaliers, dont :	47 625	52 669	67 580	70 036	72 471	75 133	78 002
- soins hospitaliers en secteur public	35 467	40 802	52 431	54 264	56 001	57 848	59 962
- soins hospitaliers en secteur privé	12 158	11 866	15 149	15 773	16 470	17 285	18 039
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et biens médicaux	48,6 %	45,8 %	44,7 %	44,5 %	44,2 %	44,2 %	44,4 %

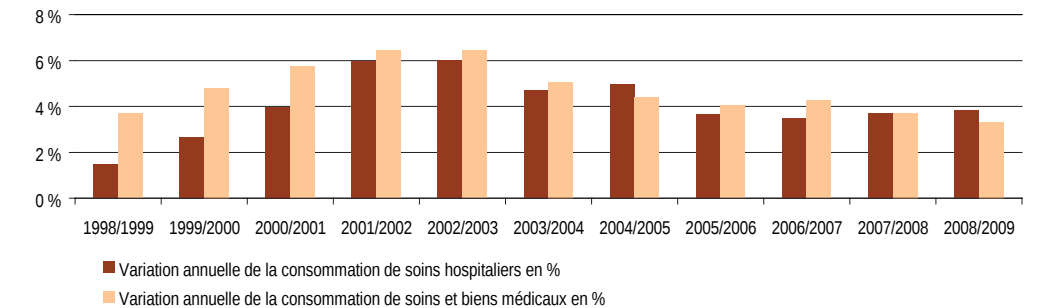
Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES - Comptes de la santé (base 2000).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 1996



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 depuis 1998



Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES - Comptes de la santé (base 2000).

TABLEAU 2 ● Structure de financement en 2009 de la consommation de soins (en %)

	Consommation de soins et biens médicaux	Consommation de soins hospitaliers
Sécurité sociale de base (1)	75,5	90,4
État et CMU-C organismes de base (2)	1,3	1,3
Organismes complémentaires (3)	13,8	5,3
Ménages	9,4	3,0
Ensemble	100,0	100,0

(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).

Disparités territoriales des dépenses de soins hospitaliers de court séjour

Une partie des disparités départementales de consommation de soins hospitaliers de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) est liée aux différences de structure démographique et d'état de santé des populations locales. Lorsque l'on corrige statistiquement ces différences, les consommations de soins hospitaliers par habitant ainsi standardisées sont deux fois moins dispersées que les consommations observées. La consommation de soins standardisée apparaît en fait relativement homogène entre les départements. L'importance des flux de patients entre départements permet d'expliquer ce résultat au regard des différences d'implantation des infrastructures hospitalières.

Des écarts de consommation expliqués pour moitié par les caractéristiques des populations

L'observation des consommations de soins hospitaliers de court séjour fait apparaître des différences importantes d'un département à l'autre (voir carte 1a). En 2008, la consommation moyenne de soins hospitaliers de court séjour en France métropolitaine et dans les DOM est de 628 euros par habitant. Cette consommation est calculée à partir des données d'activité du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) valorisées sur la base des tarifs appliqués au secteur public hospitalier. La consommation observée par habitant des 25 départements ayant les consommations les plus faibles est inférieure à 601 euros tandis que celle des 25 départements ayant les consommations observées les plus élevées est supérieure à 706 euros, soit une différence de 105 euros.

Ces écarts sont en partie liés aux caractéristiques démographiques et sanitaires des populations des différents départements. En particulier, les départements dont la population est plus âgée ou a un état de santé moins bon que la moyenne nationale ont des dépenses de soins supérieures aux autres départements. Pour tenir compte de ces différences, les consommations observées sont corrigées par une méthode statistique. Ce procédé de standardisation consiste à calculer, pour chaque département, une consommation théorique à partir de la consommation observée, en ramenant la structure par âge et sexe et l'état de santé de la population du département à leurs valeurs France entière. L'état de santé est ici mesuré par la mortalité et par la part de la population en affection de longue durée (ALD). Cette standardisation réduit l'écart entre les départements qui ont la consommation la plus faible et ceux qui ont la consommation la plus élevée. La différence de consommation observée de 105 euros entre les 25 départements aux consommations les plus faibles et les 25 départements aux consommations

les plus élevées se réduit à 52 euros après standardisation sur les caractéristiques démographiques et sanitaires de la population de chaque département.

Ainsi, en tenant compte des spécificités de la population de chaque département en termes de structure démographique et d'état de santé, les différences de consommation de soins hospitaliers de court séjour sont atténuées de moitié, bien que des disparités subsistent. Les départements dont la consommation standardisée par habitant est supérieure à la moyenne nationale se situent principalement dans l'Est de la France. À l'opposé, les départements présentant une consommation standardisée nettement inférieure à la moyenne nationale se trouvent en majorité dans le Centre et l'Ouest du pays (voir carte 1b).

La mobilité des patients, facteur d'ajustement de l'offre et de la consommation de soins

Les écarts de consommation observés entre les départements sont moins importants que ce que l'implantation des infrastructures hospitalières laisserait supposer. Ce résultat s'explique par l'ampleur des flux de patients entre départements et entre régions. La comparaison des lieux d'hospitalisation et de résidence du patient met en effet en évidence des déplacements importants tant en termes de nombre qu'en termes de distance parcourue. La carte 2 présente les flux nets régionaux, soldes des séjours ou séances de patients entrants et sortants supérieurs à 500 séjours ou séances dans l'année. Loin devant les autres régions, l'Île-de-France accueille, en solde net, près de 152 000 séjours ou séances de patients de la plupart des autres régions de France métropolitaine et des DOM. Dans une moindre mesure, les régions PACA, Rhône-Alpes, Alsace et Aquitaine ont une attractivité importante (solde net de 23 000 à 30 000 séjours ou séances). À l'inverse, les quatre DOM ont un solde net déficitaire malgré leur éloignement de la métropole.

Champ

Activités d'hospitalisation (complète ou partielle) et de séances des établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ayant fonctionné en 2008 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances de radiothérapie et de dialyse, hors séjours non valorisés).

Définitions

• **Indicateur de dépense** : total des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS), des prestations complémentaires en cas de durée de séjour supérieure à la borne haute (EXH) et des suppléments des établis-

sements ex-dotation globale (DG) et ex-objectif quantifié national (OQN). Les séjours sont valorisés avec la tarification des établissements ex-DG au 1^{er} mars 2008 pour corriger les effets de structure dus à des niveaux relatifs de consommations public/privé différents pour chaque département. Ces montants sont regroupés selon le département de résidence du patient.

• **Consommation par habitant** : montant de l'indicateur de dépense rapporté à la population estimée par l'INSEE au 1^{er} janvier 2008.

• **Consommation standardisée par habitant** : montant de l'indicateur de

dépense après prise en compte des caractéristiques démographiques et sanitaires de la population de chaque département. La consommation par habitant est standardisée sur la structure démographique du département puis ajustée sur l'état de santé de sa population au regard de la prévalence des affections de longue durée (ALD) et de la mortalité.

Sources

• Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DGOS et l'ATH fournit une description « médico-

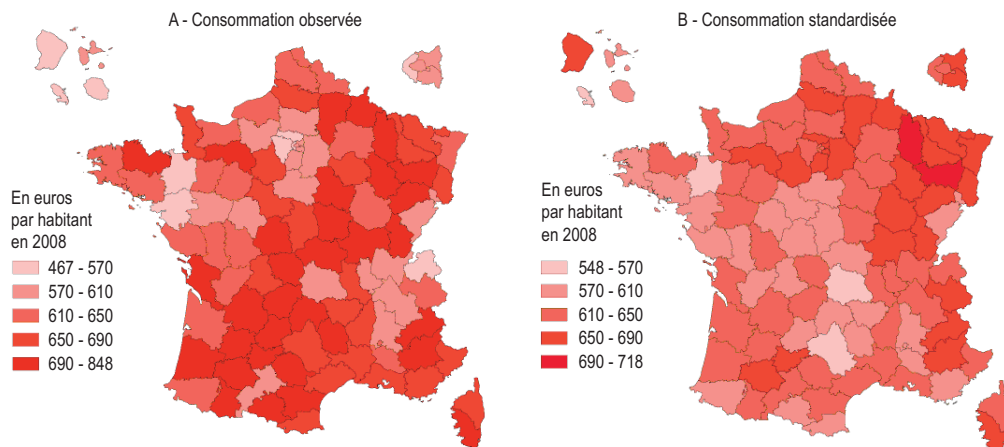
économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

• Arrêté du 27 février 2008 fixant pour l'année 2008 les ressources d'Assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

• INSEE, estimations de population et taux de mortalité, état civil (2008).

• CNAMTS-SNIIR-AM : pour la standardisation, prévalence (2008) et montant moyen remboursé (2007) pour chaque ALD, population couverte par le régime général (2008).

CARTES 1A ET 1B ● **Indicateur de consommation de soins hospitaliers observée et standardisée pour les départements de France métropolitaine et les DOM**

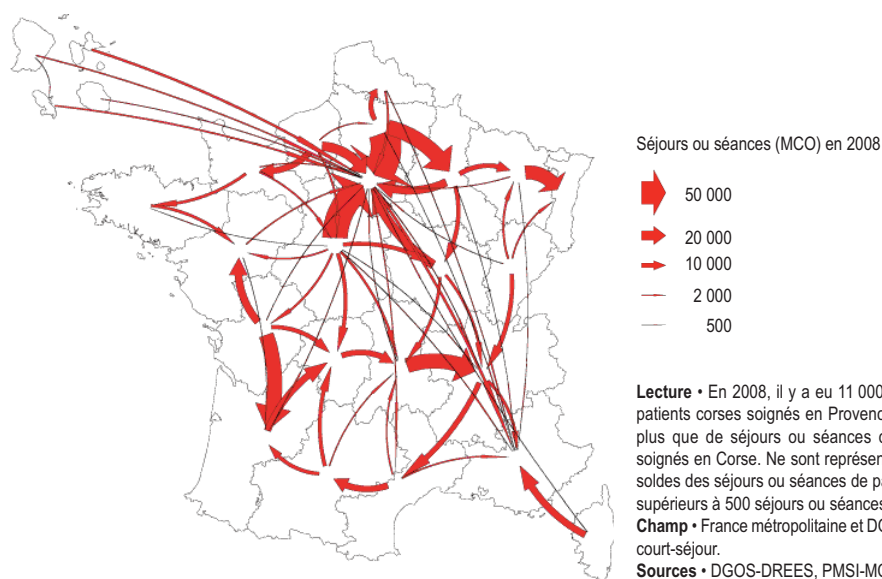


Note • Les départements sont classés en cinq catégories. La classe médiane est centrée sur la moyenne nationale des consommations de soins hospitaliers de court séjour par habitant (628 euros arrondie à 630 euros). Les classes extrêmes regroupent les départements aux consommations de soins hospitaliers de court séjour inférieures ou supérieures de plus 60 euros (écart type de la consommation observée, arrondi à la dizaine la plus proche) de la moyenne nationale. Pour chaque département, la consommation standardisée (carte 1b) est la consommation théorique qui serait observée si le département avait la même structure démographique (âge, sexe) et le même état de santé que la France dans son ensemble. L'état de santé est ici mesuré par la mortalité et par la part de la population en ALD.

Champ • France métropolitaine et DOM, soins hospitaliers de court séjour.

Sources • CNAMTS-SNIIR-AM, INSEE, PMSI-MCO. Calculs : DREES. Année 2008.

CARTE 2 ● **Principaux déplacements (mesurés en flux nets) à l'occasion de séjours ou séances (MCO) entre régions et DOM**



La situation économique et financière des cliniques privées

En 2008, la hausse du chiffre d'affaires des cliniques privées est de 3,5 %, après une croissance de 4,8 % en 2007. Par ailleurs, leur rentabilité économique diminue légèrement de 0,7 point en 2008, atteignant 2,1 % du chiffre d'affaires.

Une croissance du chiffre d'affaires moins dynamique en 2008 qu'en 2007

Les cliniques privées génèrent un chiffre d'affaires (CA) total de 11,6 milliards d'euros en 2008. Ce dernier a augmenté de 3,5 % alors que la hausse atteignait 4,8 % en 2007. Parmi les cliniques étudiées, la moitié voient leur chiffre d'affaires augmenter d'au moins 2,8 %, un quart d'au moins 6,7 % et un dixième d'au moins 13,0 %. En revanche, 26,2 % des cliniques voient leur CA stagner ou baisser entre 2007 et 2008. Par ailleurs, la croissance du CA des cliniques est en moyenne nettement plus faible dans le secteur MCO (+2,8 %) que dans le secteur hors MCO (+6,5 %).

Les cliniques sont moins rentables en 2008

En 2008, la rentabilité économique – rapport du résultat net au chiffre d'affaires – s'établit à 2,1 % du CA, soit une baisse de 0,7 point par rapport à 2007 (voir graphique 1).

La moitié des cliniques privées enregistre une rentabilité économique supérieure à 2,6 %, valeur médiane inférieure à celle de 2007 (3 %). Une clinique sur dix affiche un taux de rentabilité économique supérieur à 12 %, proportion stable par rapport à 2007 (11,7 %). Ces établissements réalisent 6 % du CA total de l'ensemble des cliniques.

En 2008, 26 % des cliniques déclarent des pertes de proportion égale à celle de 2007. Parmi les cliniques présentes en 2007 et 2008, 18 % déclarent des pertes pour les deux années. Le CA des cliniques déficitaires en 2008 représente 27 % du CA total de l'ensemble des cliniques, contre 23 % en 2007. En outre, 10 % de l'ensemble des cliniques affichent en 2008 une rentabilité économique inférieure à -7,2 %.

Champ

Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce, mais parfois avec retard. Les données 2008 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 2008 afin de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées. Au final, 841 cliniques sont étudiées pour l'année 2008 : elles permettent notamment le calcul de la rentabilité économique. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par une pondération des données, de rendre notre échantillon de cliniques ayant déposé leurs comptes représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie nous permet d'estimer plus précisément le chiffre d'affaires total des cliniques ainsi que les différents indicateurs financiers.

Les données publiées dans cette fiche ne sont pas directement comparables à celles publiées dans les versions antérieures du *Panorama des établissements de santé*, en raison d'améliorations méthodologiques permettant le traitement de la non-réponse.

Définitions

- **Achats et charges externes** : ils comprennent notamment les achats médicaux, la sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-bail, les loyers, l'entretien et les primes d'assurance.
- **Capacité d'autofinancement (CAF)** : elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.
- **Chiffre d'affaires (CA)** : il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement

de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la Sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).

Le taux de marge brut d'exploitation, correspondant au ratio de l'excédent brut d'exploitation sur le chiffre d'affaires, a diminué en 2008 ; il s'établit à 5,7 % du CA, soit 0,9 point de moins qu'en 2007. Cette baisse s'explique par l'augmentation de la part dans le CA des achats et charges externes. En revanche, la part des frais de personnel et celle de la fiscalité liée à l'exploitation dans le CA sont restées stables (voir tableau).

En 2008, le secteur MCO réalise des bénéfices moindres qu'en 2007 (-0,9 point) ; la rentabilité économique de ce secteur s'établit à 1,6 % du CA. Les bénéfices du secteur hors MCO, quant à eux, sont stables, à 3,8 % du CA. Le secteur hors MCO demeure donc toujours le plus rentable.

Ralentissement des investissements dans les cliniques MCO

La capacité d'autofinancement (CAF) des cliniques privées diminue d'un point en 2008, s'établissant à 4,4 % du CA, baisse provoquée par la diminution de leurs bénéfices.

Cette diminution de la CAF explique la baisse de l'effort d'investissement à 8,6 % du CA en 2008 (soit -1,5 point par rapport à 2007, voir graphique 2). Cependant, cette baisse est concentrée sur les cliniques du secteur MCO (-1,9 point, à 7,5 % du CA), les cliniques du secteur hors MCO maintenant leur effort d'investissement à un niveau stable (-0,2 point, à 12,8 % du CA). En conséquence, l'endettement des cliniques hors MCO s'accroît de 5,1 points, atteignant 46,4 % du CA, alors que l'on observe une diminution pour le secteur MCO (37,1 % du CA).

de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la Sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).

• **Effort d'investissement** : il permet de rapporter le niveau de l'investissement au niveau de l'activité de l'établissement.

• **Excédent brut d'exploitation (EBE) ou marge d'exploitation** : solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. L'EBE est obtenu en soustrayant au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.

• **Résultat net comptable** : solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

• **Rentabilité 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 financières,

d'amortissement et de distribution des revenus.

Pour en savoir plus

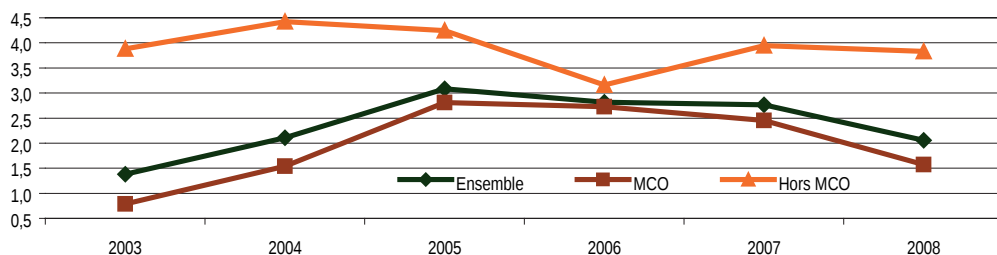
• Aude J., 2010, « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2007 et 2008 », *Études et Résultats*, n° 740, septembre, DREES.

• Aude J., 2010, « Calage sur marges de la base des cliniques privées pour améliorer l'estimation de la situation économique », *Document de travail, Série Sources et Méthodes*, n° 17, octobre, DREES.

Sources

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

GRAPHIQUE 1 ● Évolution de la rentabilité économique selon le secteur des établissements (en % du CA)



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-2008, calculs DREES.

TABLEAU ● Compte de résultat des cliniques privées

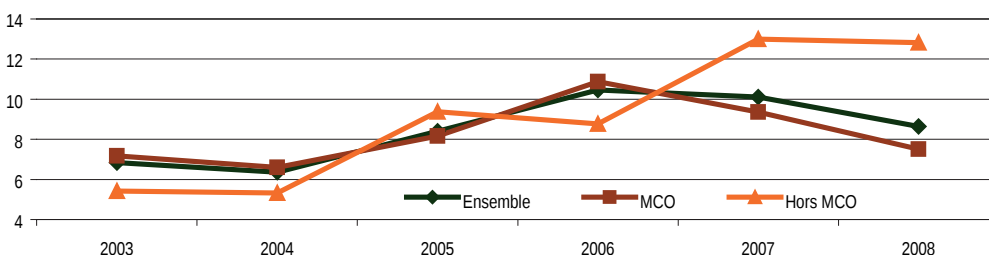
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Chiffre d'affaires total (en millions d'euros)	8 962	9 536	10 284	10 721	11 232	11 630
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	7,6	8,3	9,2	9,7	10,3	10,9
Achats et charges externes (en % du CA), dont :						
- Achats consommés	-43,7 %	-43,1 %	-42,3 %	-43,0 %	-44,1 %	-45,1 %
- Autres achats et charges externes	-17,1 %	-17,0 %	-16,4 %	-17,5 %	-17,7 %	-18,1 %
- Autres achats et charges externes	-26,6 %	-26,2 %	-25,9 %	-25,7 %	-26,5 %	-27,1 %
- Variation de stocks	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Frais de personnel (en % du CA), dont :						
- Salaires bruts	-45,8 %	-45,0 %	-44,0 %	-43,7 %	-43,9 %	-43,9 %
- Salaires bruts	-33,1 %	-32,3 %	-30,8 %	-31,0 %	-30,5 %	-31,4 %
- Charges sociales	-12,7 %	-12,7 %	-13,2 %	-12,7 %	-13,3 %	-12,4 %
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA), dont :						
- Impôts, taxes et versements assimilés	-5,5 %	-5,5 %	-5,5 %	-5,6 %	-5,5 %	-5,3 %
- Impôts, taxes et versements assimilés	-5,8 %	-5,8 %	-5,8 %	-6,0 %	-6,0 %	-6,0 %
- Subvention d'exploitation	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,5 %	0,7 %
Excédent brut d'exploitation (en % du CA)	5,2 %	6,1 %	8,1 %	6,9 %	6,6 %	5,7 %
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-2,5 %	-2,3 %	-2,4 %	-2,2 %	-2,0 %	-2,1 %
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	1,1 %	1,0 %	1,0 %	0,9 %	1,0 %	1,1 %
Résultat d'exploitation (en % du CA)	3,0 %	3,9 %	5,8 %	4,8 %	4,6 %	3,7 %
Résultat financier, dont :						
- Produits financiers	-0,2 %	-0,4 %	-0,4 %	-0,3 %	-0,1 %	-0,4 %
- Produits financiers	0,8 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,9 %	0,9 %
- Charges financières	-1,0 %	-0,9 %	-0,9 %	-0,8 %	-1,0 %	-1,3 %
Résultat courant (exploitation + financier)	2,8 %	3,6 %	5,4 %	4,5 %	4,5 %	3,3 %
Résultat exceptionnel (en % du CA), dont :						
- Produits exceptionnels	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,7 %	0,7 %	0,8 %
- Produits exceptionnels	1,7 %	1,9 %	2,0 %	3,1 %	2,5 %	3,1 %
- Charges exceptionnelles	-1,7 %	-1,6 %	-2,0 %	-2,4 %	-1,9 %	-2,3 %
Participation des salariés (en % du CA)	-0,3 %	-0,4 %	-0,6 %	-0,6 %	-0,5 %	-0,4 %
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,1 %	-1,3 %	-1,7 %	-1,7 %	-1,6 %	-1,5 %
Résultat net (en % du CA)	1,4 %	2,1 %	3,1 %	2,8 %	2,8 %	2,1 %

Lecture • Rapportés au CA, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, ceci à cause des arrondis à un chiffre après la virgule.

Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-2008, calculs DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution de l'effort d'investissement selon le secteur des établissements (en % du CA)



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-2008, calculs DREES.

La situation économique et financière des hôpitaux publics

Le déficit des hôpitaux publics se réduit ; il passe de 486 millions en 2007 à 345 millions d'euros en 2008 et 200 millions d'euros en 2009 selon des données provisoires. Sous l'impulsion du plan Hôpital 2012, les investissements ont continué d'augmenter. Parallèlement, les conditions et les capacités de financement se sont dégradées.

Le déficit des hôpitaux s'élève à 345 millions d'euros en 2008

En 2008, le déficit des hôpitaux publics se réduit et atteint 345 millions d'euros, ce qui représente 0,6 % de leurs recettes (voir tableau). Ce déficit était de 486 millions d'euros en 2007. Bien que toujours déficitaire, la situation financière en 2008 s'est donc améliorée pour la première fois depuis 2004. Cette tendance se confirmerait aussi pour l'année 2009 : d'après de premières estimations, le déficit global des établissements publics de santé avoisinerait 200 millions d'euros, soit 0,3 % des recettes.

Les comptes financiers se sont améliorés pour toutes les catégories d'établissements à l'exception des centres hospitaliers régionaux (CHR) – hors AP-HP. Ainsi, les CHR (hors AP-HP) sont la seule catégorie d'établissements pour laquelle la rentabilité économique a continué de diminuer en 2008, modérément certes : leur déficit global passe de 311 millions d'euros à 357 millions d'euros. Toutefois, en 2009, la situation commencerait à s'inverser : le déficit global s'élèverait désormais à 265 millions d'euros.

Les produits des établissements publics sont estimés à près de 63 milliards d'euros en 2008

En 2008, les produits (voir définitions) des hôpitaux publics s'élèvent à 63 milliards d'euros (Md€) (+5,4 %). 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 55,3 Md€. Ce budget est ventilé en trois groupes fonctionnels de produits. Avec 45,5 Md€, les produits versés par l'Assurance maladie (groupe 1) ont progressé de +4,1 % en 2008. 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 »). La progression des produits de l'activité hospitalière (groupe 2), retraçant principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, se poursuit quasiment au même rythme qu'en 2007 (+6,6 %). Le montant de ces produits atteint 4,4 Md€. Enfin, les autres produits (groupe 3) ont crû de +13 % pour atteindre près de 5,4 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.

63,4 milliards d'euros de charges pour le secteur public en 2008

Les charges du secteur public sont estimées en 2008 à 63,4 Md€, dont 88 % comptabilisées en budget principal. Contrairement à 2007, elles progressent moins rapidement que les produits (+5,1 % contre +5,4 %). Les charges de personnel, représentant le premier poste de dépense, progressent de +4,3 % ; elles s'établissent à 43,5 Md€, soit 69 % du total des charges. Pour le seul budget principal, elles s'élèvent à 38,3 Md€ (groupe 1). En 2008, les charges à caractère médical (groupe 2) progressent au même rythme (+6,9 % contre +6,6 % en 2007). Elles atteignent 7,6 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 fortement, respectivement de +5,2 % et +13,2 %.

Des investissements importants financés de plus en plus par l'endettement

En 2008 et 2009 (données provisoires), l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. Ainsi, la part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,1 % en 2007 à 10,9 % en 2008 et 11,3 % en 2009 (voir graphique 2).

Contrairement à la période 2004-2007, la capacité de l'établissement à financer les investissements à partir des flux d'exploitation a progressé en 2008. En effet, la capacité d'autofinancement (CAF), mesurant les ressources générées par l'activité courante de l'établissement, augmente ; elle passe de 2,8 Md€ en 2007 à 3,4 Md€ en 2008 et 4 Md€ en 2009. Cette augmentation de l'autofinancement signifie que les établissements dégagent de plus en plus de ressources d'autofinancement par rapport à leurs produits. Bien que la CAF augmente, l'endettement des hôpitaux publics continue de croître à un rythme régulier, avec la relance de l'investissement : le taux d'endettement mesurant la part des dettes au sein des ressources stables est passé de 40 % en 2007 à 43 % en 2008 et 46 % en 2009. Par conséquent, l'amélioration de l'autofinancement n'a pas permis d'absorber l'effort d'investissement constant entrepris depuis 2002. Cet investissement a donc nécessité un recours conséquent à l'emprunt (voir graphique 3).

Champ

France métropolitaine et DOM. Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 982 en 2008. 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., 2011, « Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en

2009 », *Études et Résultats*, n° 746, janvier, DREES..

Sources

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Elles sont issues des comptes de résultat 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 2009 (en % des produits)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009**
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	- 0,4*	-0,9	-0,6	-0,3
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7*	-0,2	0,2	-0,8
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7
Grands CH	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	0,0
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	-0,1
Petits CH	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2
Hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,4
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6

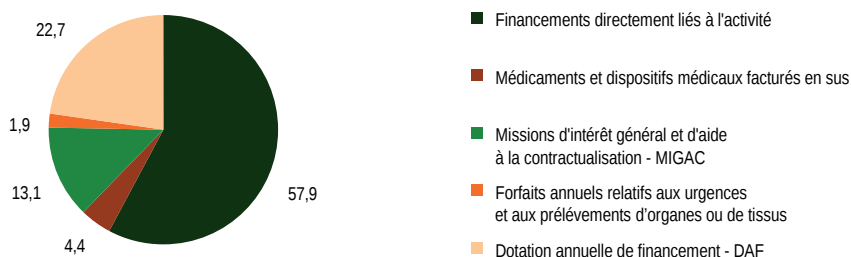
* Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité économique de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

** Données provisoires.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

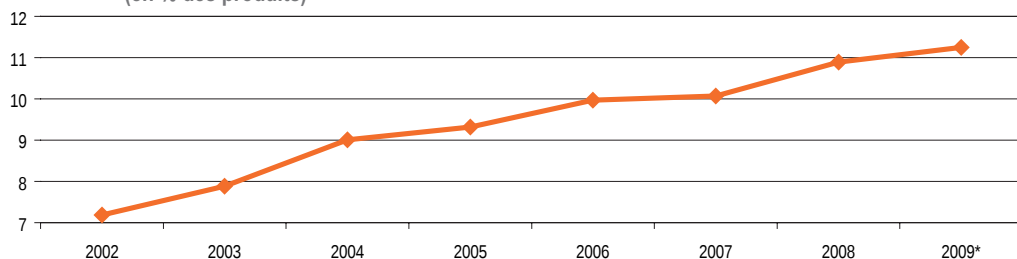
GRAPHIQUE 1 ● Répartition du groupe 1 des produits (hors rétrocession) en 2008 (en %)



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics entre 2002 et 2009 (en % des produits)

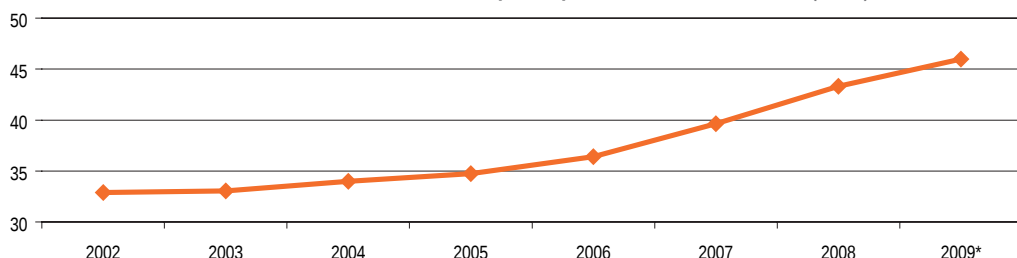


* Données provisoires.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 3 ● Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2009 (en %)



* Données provisoires.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.



7 Les grandes sources de données sur les établissements de santé

Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

• Description

Dès 1975, il existait une enquête annuelle sur les hôpitaux publics (H74) et les établissements d'hospitalisation privés, renouvelées en 1985 (H80 et EHP 80). La Statistique annuelle des établissements de santé en tant que telle a été mise en place en 1994 et refondue en 2000. Les objectifs de la refonte étaient de mieux 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 des secteurs public et privé et de raccourcir les délais de production et de restitution aux différents acteurs.

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 les gestionnaires SAE en région) ;
- 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 mode d'interrogation de la SAE

De manière générale, depuis la refonte de 2000, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour les établissements privés et au niveau des entités juridiques pour les établissements publics. Ceci permet, d'une part, une meilleure comparabilité et, d'autre part, une localisation plus fine des activités et des équipements.

Il peut toutefois exister une double interrogation et ainsi des doubles comptes. C'est notamment le cas dans le secteur public (cas d'entités juridiques ayant des établissements interrogés directement) et, de manière plus fine, de certaines activités de soins comme la dialyse et les soins de suite et de réa-

daptation. Ces doubles comptes peuvent expliquer de légers écarts sur les mesures de l'activité et des capacités issues des cumuls entités juridiques ou établissements géographiques. Ces écarts sont pris en compte lors des différents calculs présentés dans cette publication.

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

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous l'impulsion de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère chargé de la santé. Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation³ (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il existe, depuis plusieurs années, un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR). Le recueil pour la psychiatrie (après une première expérimentation) se met en place à partir de la fin 2006 (RIM-P). Mis en place en 2005, le PMSI-hospitalisation à domicile (HAD) est exploité par la DREES depuis le millésime 2006.

Le PMSI-MCO

• Le recueil PMSI-MCO

Le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte-rendu de son hospitalisation est produit. Les informations fournies dans celui-ci déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales d'une part et de durée de séjour d'autre part. Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes. La version 10c de la classification des GHM est utilisée dans cet ouvrage.

La nomenclature des GHM en V10c comportant près de 780 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.

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

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-MCO et la SAE

Le PMSI-MCO et la SAE sont appariés afin d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains de ces écarts peuvent notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité MCO : certains hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, etc., n'y répondent pas. Sur le champ commun au PMSI-MCO et à la SAE (donc hors hôpitaux locaux, etc.), un redressement est effectué afin de compenser la non-réponse totale des établissements absents. Ces cas sont de plus en plus rares et on ne recense par exemple en 2008 que quatre établissements présents dans la SAE mais absents du PMSI-MCO alors qu'ils sont censés y figurer. Pour ces 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 nécessaire pour permettre la comparaison d'une année sur l'autre des niveaux d'activité en MCO.

Jusqu'en 2005, la non-réponse partielle était également redressée pour les établissements répondant aux deux sources. Si pour un établissement la comparaison des volumes d'activité PMSI et SAE laissaient apparaître des écarts, un coefficient était alors affecté à cet établissement pour redresser les volumes PMSI grâce aux volumes SAE. Du fait de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI au fil du temps, et tout particulièrement depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ce redressement de la non-réponse partielle n'est plus effectué.

• Quelques nuances dans les définitions entre les deux sources

La mesure de l'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en « séjours » et en « journées ». La rénovation de la SAE au début des années 2000 a eu notamment pour but de rapprocher ces concepts entre le PMSI-MCO et la SAE. Sont exclus du PMSI-MCO l'ensemble des séances ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés pour lesquels aucun soin particulier n'a été effectué (nouveaux 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.

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les données d'activité et les durées de séjour présentées ici proviennent du PMSI. En soins de longue durée, les données sont issues de la SAE. En psychiatrie, une autre source collectée par la DREES, les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY), complètent les données de la SAE notamment pour les alternatives à l'hospitalisation. En soins de suite et de réadaptation, les données proviennent de la SAE et du PMSI.

Les durées moyennes de séjour sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de plus d'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 d'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 défi-

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

Le PMSI-SSR

Le PMSI-SSR, apparié avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation et de disposer chaque année, aux niveaux national et régional, d'une description des caractéristiques des patients.

• Le recueil PMSI-SSR

Le PMSI-SSR recueille, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation). La morbidité est détaillée grâce au recueil de la finalité principale de prise en charge (FPPC), de la manifestation morbide principale (MPP), de l'affection étiologique (AE) et des diagnostics associés (DAS). La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les RHS dans l'une des 14 catégories majeures cliniques (CMC), puis dans

l'un des 279 groupes homogènes de journées (GHJ), classement plus fin présentant une homogénéité médicale et économique. Les algorithmes qui orientent les RHS dans les CMC puis les GHJ examinent d'abord la finalité principale de prise en charge, la manifestation morbide principale et l'affection étiologique, puis l'âge, le caractère « classant » de la prise en charge, la morbidité dominante et enfin la dépendance.

La nomenclature utilisée pour le codage des variables de morbidité est la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'OMS, la classification commune des actes médico-techniques (CCAM) pour les actes médico-techniques et le catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CdARR) pour les actes de rééducation-réadaptation.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-SSR et la SAE

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-SSR sont rapprochées de celles de la SAE afin d'améliorer la couverture du recueil. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation.

En 2008, certains établissements n'ont pas fourni un recueil valide alors qu'ils sont censés le faire : le taux de couverture du PMSI-SSR est estimé à 96,3 %. Pour ces 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 nécessaire pour permettre la comparaison d'une année sur l'autre des niveaux d'activité.

Le recueil PMSI-SSR fournit des indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour. Dans le cas de l'hospitalisation complète, pour l'année considérée, le défaut de remplissage des jours de présence sur certaines séquences conduit à sous-estimer l'activité de l'établissement : les séquences incomplètes sont donc corrigées et des séjours complets sont reconstitués à partir des résumés de chaque semaine de prise en charge.

Au final, les résultats issus du PMSI sont donc des données statistiques, c'est-à-dire pondérées afin de tenir compte de la non-réponse totale et de la non-réponse partielle des établissements.

• Calcul des journées : les différences PMSI et SAE

Comme avec le PMSI-MCO, des écarts peuvent exister, en particulier dus au fait que la SAE mesure les séjours commençés dans l'année alors que le PMSI-SSR concerne les séjours terminés dans l'année.

Dans certains cas, le décompte des journées diffère entre les deux sources, notamment sur le jour de sortie de l'établissement d'hospitalisation en SSR : dans le cas du transfert d'établissement d'un patient ou dans le cas de la mutation d'un patient dans un service autre que SSR, le PMSI-SSR compte le jour du transfert ou de cette mutation à la fois dans l'unité de départ et dans l'unité d'accueil, alors que la SAE ne le compte qu'une fois. Par contre, le décompte est le même entre le PMSI-SSR et la SAE dans le cas de mutation de patients au sein du champ SSR dans la même structure hospitalière ou en cas de décès ou de retour au domicile du patient.

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). À chaque GHPC est associée une pondération qui module le tarif journalier en HAD en fonction de la durée du séjour.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-HAD et la SAE

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-HAD sont rapprochées de celles de la SAE afin d'améliorer la couverture du recueil. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures pratiquant l'HAD : le taux de couverture du recueil est estimé à 90 %. Pour autant les structures ne fournissant pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale 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 séjours sont recalculées.

Les Déclarations annuelles de données sociales (DADS)

• Description

La Déclaration annuelle de données sociales est une formalité déclarative, commune aux administrations sociales et fiscales, que doit remplir toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année. Sont concernés la majorité des employeurs, y compris les entreprises nationales, les administrations publiques et les collectivités territoriales. 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 extraterritoriales.

Les DADS permettent notamment d'observer les rémunérations versées par les établissements de santé publics et privés. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro SIRET, code APE, nombre de salariés inscrits au 31 décembre, montant total des rémunérations annuelles, etc.) et des mentions particulières à chaque salarié (âge, sexe, nature de l'emploi, type de contrat, périodes d'emploi, nombre d'heures salariées, montant des rémunérations avant et après déduction des cotisations sociales).

• Concepts

Poste : les postes ou emplois salariés, au sens des DADS, correspondent au nombre de personnes employées par chacun des établissements tout au long de l'année. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts sont donc comptés plusieurs fois.

La notion de poste des DADS représente une période d'emploi d'un agent dans un établissement. Elle permet ainsi de recenser l'ensemble des personnes en emploi (hors intérimaires) au cours d'une année et surtout la durée de cette période d'emploi (nombre d'heures travaillées, début et fin de la période d'emploi, durée de la période d'emploi) dans l'année en cours. La durée de la période d'emploi sert de pondération dans le calcul du salaire moyen sur l'année des personnels à temps plein.

À partir de la notion de poste et des variables de durée, on peut construire des statistiques d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents le 31 décembre de l'année pour aboutir à une statistique d'effectif, soit en pondérant le nombre d'heures travaillées d'un poste par la durée de travail réglementaire pour obtenir un volume d'activité en ETP.

Ainsi, la statistique de poste est de ce fait plus générale que les notions d'effectifs de la SAE et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si par exemple au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, on recensera deux postes (un dans chaque établissement) dans les DADS, mais au sens de la SAE, on recensera un seul emploi présent au 31 décembre dans le second établissement, ou encore un demi-ETP dans chacun des deux établissements.

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. Un poste est dit à temps partiel dans les autres cas (sous condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables).

Salaires net annuel moyen : 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 360. 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 année-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 six mois et ayant perçu 10 000 euros compte pour 0,5 « année-travail » rémunérée 20 000 euros par an. On mesure ainsi davantage la masse salariale supportée par l'établissement pour le poste que le revenu de son titulaire.

Les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY)

Les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY) ont été collectés par la DREES en 2009 sur l'activité de l'année 2008 auprès des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM).

• La complémentarité des sources de données

Cette enquête s'inscrit dans la continuité des rapports d'activité de secteurs de psychiatrie mais couvre l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, sectorisée ou non. Les rapports d'activité ont également évolué dans le cadre du projet global d'amélioration et d'harmonisation du système d'information national sur la psychiatrie, en

complément du RIM-P et de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Les RAPSY visent donc à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale, complémentaires à celles de la SAE et du RIM-P.

• La particularité du protocole d'enquête

L'enquête comprend deux niveaux de recueil. Un premier questionnaire est rempli par l'établissement et un second par chaque structure de prise en charge de cet établissement. Une structure de prise en charge est définie par une adresse, une nature (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire) et un mode de prise en charge (psychiatrie générale ou infanto-juvénile). Dans ce cadre, les établissements ont la possibilité de regrouper ou non les différents services au sein d'une même structure, en fonction de leur organisation des prises en charge et de leur système d'information.

• Les informations fournies par le recueil

Les RAPSY recueillent des informations au niveau de l'établissement sur :

- les personnels médicaux et non médicaux ;
- les équipements : nombre de structures, de lits et places installés ;
- l'activité : nombre de patients pris en charge, nombre de séjours, journées ou venues, actes ;
- l'accès aux soins : accueil des nouveaux patients, permanence, continuité des soins, urgences, prise en charge somatique ;
- la prévention et l'insertion sociale : promotion de la santé, prévention, insertion, interventions dans les établissements médico-sociaux ;
- la psychiatrie de liaison : organisation et personnels ;
- la prise en charge des addictions : organisation dans l'établissement et au-dehors ;
- les hospitalisations sans consentement ;
- l'intervention en milieu pénitentiaire (les services médico-psychologiques régionaux [SMPR] sont interrogés via un questionnaire distinct).

Au niveau des structures, des données plus synthétiques sont recueillies sur le personnel, le nombre de lits et places et l'activité. Les éventuels rattachements à un ou plusieurs secteurs de psychiatrie ou à un dispositif intersectoriel formalisé sont également précisés. Enfin, plusieurs questions portant sur l'organisation des soins et les pratiques professionnelles sont posées, selon le type de structure, autour des thèmes suivants : premier accueil, délai d'attente, unités d'hospitalisation fermées, transfert vers une unité pour malades difficiles (UMD), chambres d'isolement, protocole et formation en lien avec les situations de violence, de fugue ou de risque suicidaires, lien avec la médecine générale.

Les données saisies permettent enfin la production d'une base « administrative », restituant les déclarations des établissements, et d'une base « statistique », destinée aux études, traitant la non-réponse totale et partielle.

Dans cette publication, et sauf mention contraire, les données sur les capacités, quelle que soit la discipline, et les données sur les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation 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.

SIGLES UTILISÉS

AE : affection étiologique
AP-HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CCAM : classification commune des actes médicaux
CdARR : catalogue des activités de rééducation-réadaptation
CDHP : commission départementale des hospitalisations psychiatriques
CH : centre hospitalier
CHR : centre hospitalier régional
CHU : centre hospitalier universitaire
CIM : classification internationale des maladies
CLCC : centre de lutte contre le cancer
CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales
CMC : catégorie majeure clinique
CMD : catégorie majeure de diagnostic
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale
CSG : contribution sociale généralisée
DAC : dotation annuelle complémentaire
DADS : Déclarations annuelles de données sociales
DAF : dotation annuelle de financement
DAS : diagnostic associé
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DIS : diplômé interuniversitaire de spécialités
DMI : dispositifs médicaux implantables
DOM : département d'outre-mer
ECN : épreuves classantes nationales
ETP : équivalent temps plein
FFI : faisant fonction d'interne
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FMESPP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
FPPC : finalité principale de prise en charge
GHJ : groupe homogène de journées
GHM : groupe homogène de malades
GHPC : groupe homogène de prise en charge
GHS : groupe homogène de séjours

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers
HO : hospitalisation d'office
HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires
IN : infection nosocomiale
IRM : imagerie par résonance magnétique
IVG : interruption volontaire de grossesse
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
MCU-PH : maître de conférence des universités – praticien hospitalier
MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MERRI : mission d'enseignement, recherche, référence et innovation
MMP : manifestation morbide principale
OAP : outil d'analyse du PMSI
ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique
OMS : organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQN : objectif quantifié national
PH : praticien hospitalier
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS : projet régional de santé
PSPH : participant au service public hospitalier
PU-PH : professeur des universités – praticien hospitalier
RAPSY : rapports d'activité de psychiatrie
RHA : résumé hebdomadaire anonyme
RHS : résumé hebdomadaire standardisé
RSS : résumé de sortie standardisé
SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU : service d'aide médicale urgente
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
SPH : service public hospitalier
SROS : schéma régional d'organisation des soins
SSA : service de santé des armées
SSR : soins de suite et de réadaptation
T2A : tarification à l'activité
USLD : unité de soins de longue durée

LE PANORAMA DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ - ÉDITION 2010

Dossiers

- À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ?
- Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ?

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
- Les grandes sources de données sur les établissements de santé



N° DICOM : 11-017