

le panorama
des établissements
de *santé*

édition 2012




MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

le panorama
des établissements
de *santé*

édition 2012

Le panorama des établissements de santé

édition 2012

Liste des auteurs des fiches et dossiers

Audrey Baillot, Mhenni Ben Yaala, Bénédicte Boisguérin, Fabienne Coquelet, Franck Evain,
Salma Frikha, Natacha Gualbert, Élodie Kranklader, Marie-Anne Le Garrec, Marielle Marbach,
Rémy Mas, Christelle Minodier, Marie-Claude Mouquet, Julien Naour, Philippe Oberlin, Éric Thuaud,
Hélène Valdelièvre, Vanessa Vanrossemagnani, Annick Vilain, Albert Vuagnat, Engin Yilmaz

Sous la coordination de
Bénédicte Boisguérin et Christelle Minodier

Directeur de la publication
Franck von Lennep

Édition
Nadine Gautier

Composition et mise en page
DREES

Novembre 2012
n° DICOM : 12-112
n° ISBN : 978-2-11-129986-3

DREES
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75014 Paris
Internet : www.drees.sante.gouv.fr

SOMMAIRE

LE PANORAMA DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ • ÉDITION 2012

AVANT-PROPOS	5
DOSSIERS	
1 • L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008	9
2 • Mesure de la performance économique des établissements de santé	27
• Les déterminants de la rentabilité des établissements de santé	31
• Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficience entre 2003 et 2009	51
FICHES	
1 • Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel	69
2 • Données de cadrage	79
• Les grandes catégories d'établissements de santé	80
• Les capacités d'accueil à l'hôpital	82
• L'activité en hospitalisation complète et partielle	84
• Les autres prises en charge hospitalières	86
• Emplois de médecins, dentistes et pharmaciens	88
• Les internes dans les établissements de santé	90
• Personnels non médicaux salariés et sages-femmes	92
• Les salaires dans le secteur hospitalier	94
• Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités	96
3 • Médecine, chirurgie, obstétrique	99
• Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités	100
• Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle	102
• Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours	104
• La spécialisation en médecine	106
• La spécialisation en chirurgie	108
• La spécialisation en obstétrique	110
4 • Les plateaux techniques	113
• L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux	114
• L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif	116

5 • Les « autres » disciplines hospitalières	119
• L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé.....	120
• Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie	122
• Les structures d'hospitalisation à domicile	124
• Les patients hospitalisés à domicile	126
• Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)	128
• La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR).....	130
• Les parcours de soins hospitaliers	132
6 • Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière	135
• La lutte contre les infections nosocomiales	136
• La naissance : les maternités	138
• La naissance : caractéristiques des accouchements.....	140
• Le recours à la césarienne.....	142
• La médecine d'urgence.....	144
• Les interruptions volontaires de grossesse	146
• Les dépenses de médicaments dans les établissements de santé.....	148
7 • La situation économique du secteur	151
• La part des établissements de santé dans la consommation de soins.....	152
• La situation économique et financière des cliniques privées	154
• La situation économique et financière des hôpitaux publics	156
• Les disparités territoriales de dépenses de soins hospitaliers de court séjour	158
• Les disparités territoriales de consommation de soins de suite et de réadaptation	160
8 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé	163
SIGLES UTILISÉS	169

AVANT-PROPOS

Le *Panorama des établissements de santé* propose chaque année une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. Pour la présente édition, ce sont les données de l'année 2010 qui sont traitées.

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

À travers une quarantaine de fiches pédagogiques et synthétiques, accompagnées d'illustrations, de tableaux, de cartes et de graphiques, l'ouvrage fournit les chiffres-clés sur l'activité, les capacités 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.

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

Le premier dossier retrace **dix ans d'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour**. Il montre que sur la période 1998-2008, le recours à l'hôpital a baissé pour les moins de 45 ans et a augmenté pour les 65 ans ou plus, ce qui aboutit à une augmentation du taux global d'hospitalisation en lien avec le vieillissement de la population sur la période observée. Toutefois, à âge égal le taux d'hospitalisation a diminué. Les prises en charge en ambulatoire ont progressé et, parallèlement, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète a diminué. Ainsi, si le nombre de séjours a continûment augmenté (+11 % sur la période), le nombre de journées de prise en charge a diminué. Enfin, les disparités régionales de recours persistent mais sont largement expliquées par des différences de structures démographiques.

Le second dossier s'intéresse à la **mesure de la performance économique des établissements de santé**. La santé n'est pas un bien comme un autre et, à ce titre, l'hôpital constitue une unité économique atypique, pour autant les contraintes d'efficience médico-économique sont présentes. Les établissements doivent veiller à leur situation financière et donc modifier leur organisation tout en continuant à offrir des soins pour tous et sans dégrader leur qualité. Dans ce contexte, identifier les facteurs explicatifs de l'efficience économique est un pré-requis pour s'assurer d'un financement juste et équitable des établissements. Les résultats mettent en évidence un effet gamme, les établissements très spécialisés étant plus rentables que ceux ayant un *case-mix* très large, et soulignent l'importance des facteurs organisationnels. Ainsi, un taux d'occupation élevé et des durées de séjour plus courtes sont synonymes de plus grande performance économique. Il faut toutefois veiller à ce que ces facteurs ne jouent pas sur la qualité de la prise en charge. Les hôpitaux publics, contraints pour nombre d'entre eux dans leur offre en tant qu'hôpitaux de proximité et du fait de leurs missions de service public, ne peuvent en général adopter des stratégies de niche. Pour autant, leur efficience s'est améliorée de manière continue sur la période récente.

Dossiers

1

L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008

L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008

Marie-Claude MOUQUET avec la collaboration de Philippe OBERLIN

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

Entre 1998 et 2008, le nombre total de séjours en soins de courte durée est passé de 13,2 millions à 14,6 millions, hors séjours liés à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité, aux causes périnatales et à la surveillance de la grossesse ou du nouveau-né en bonne santé. Le nombre de séjours a diminué pour les moins de 45 ans et augmenté au-delà. Des variations importantes existent cependant selon les groupes de pathologies sans toutefois entraîner de modification notable dans la hiérarchie des motifs de recours.

Entre 1998 et 2008, les taux bruts d'hospitalisation ont baissé sensiblement pour les moins de 15 ans (-18 % pour les garçons et -20 % pour les filles) et de façon plus modérée pour les 25-44 ans (-9 % pour les hommes et -3 % pour les femmes). En revanche, ils ont augmenté pour les 65 ans ou plus (+6 % pour les hommes et +10 % pour les femmes) et sont restés relativement stables pour les autres groupes d'âges. La progression du taux brut d'hospitalisation tous âges (2,6 % pour les hommes et 4,8 % pour les femmes) provient essentiellement du vieillissement de la population. En effet, à « âge égal », le taux standardisé d'hospitalisation a diminué de 3,1 % pour les hommes et de 0,7 % pour les femmes.

La part des séjours pris en charge en ambulatoire est passée de 27 % en 1998 à 38 % en 2008. Cette nette augmentation a concerné presque tous les groupes d'âges. La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète a, quant à elle, globalement diminué d'environ une demi-journée. La baisse, observée dans tous les groupes d'âges, atteint un jour pour les 55 ans ou plus.

Ces gains d'efficience des établissements de santé ont conduit à une baisse de 8 % du nombre d'« équivalents-journées » entre 1998 et 2008, malgré l'augmentation de 11 % du nombre de séjours. La population hospitalisée a vieilli, la part des séjours de 75 ans ou plus passant de 18 % en 1998 à 23 % en 2008 et celle de leurs équivalents-journées de 30 % à 37 %.

Les disparités régionales de recours sont largement expliquées par des différences de structure démographique.

Près de 10,8 millions de personnes résidant en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer¹ (DOM), soit une personne sur six, ont été hospitalisées au moins une fois en 2008, dans une unité de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO) au sein d'un établissement hospitalier public ou privé français. Elles ont totalisé 16,3 millions de séjours². Globalement, ce sont les enfants de moins d'1 an et les personnes âgées de 75 ans ou plus qui présentent les risques d'hospitalisation les plus élevés. Les taux d'hospitalisation féminins sont plus faibles que les taux masculins, sauf entre 15 et 44 ans du fait des séjours liés à l'accouchement, la grossesse et la puerpéralité. Les hospitalisations de moins de 24 heures continuent de se développer et la durée des

autres séjours de raccourcir. Le nombre d'équivalents-journées (voir encadré 1) ainsi réalisé en 2008 s'élève à 65,5 millions. Le numéro de patient³ n'étant exhaustif que depuis 2007 et l'évolution des motifs de recours au MCO étant analysée entre 1998 et 2008, cette étude a été effectuée à partir des diagnostics principaux des séjours, sans relier entre eux les éventuels séjours multiples d'un même patient au cours de l'année.

Une évolution du nombre des séjours par groupes d'âges similaire pour les hommes et les femmes

Hormis les séjours liés à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, aux causes périnatales⁴ et à la sur-

1. Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion.

2. Hors venues en séances pour des traitements itératifs tels que chimiothérapie, radiothérapie, dialyse...

3. Il s'agit du numéro qui permet de relier entre eux les différents séjours d'un même patient.

4. Prématurité, hypotrophie, nouveau-nés affectés par des complications maternelles de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches, etc.

ENCADRÉ 1 ● Sources et définitions

Les résultats présentés ici portent sur les unités de soins de courte de durée relevant des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO). Ils proviennent de l'analyse des bases nationales annuelles de résumés de sortie anonymes (RSA) constituées dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Tout séjour hospitalier en soins de courte durée de MCO fait l'objet d'un enregistrement standardisé comportant notamment les caractéristiques démographiques du patient, les pathologies traitées et les actes chirurgicaux réalisés. Ces bases sont pondérées pour corriger leur défaut d'exhaustivité. Ce taux d'exhaustivité, calculé avant pondération par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) en équivalents-journées, a augmenté régulièrement au fil du temps, passant de 92 % en 1998 à 97 % en 2003 et à près de 100 % en 2008. En 2003, les données de la plupart des établissements de santé de Guyane étaient absentes de la base nationale de RSA. On a donc introduit une double pondération pour la Guadeloupe et la Martinique, la première correspondant aux véritables volumes enregistrés pour ces deux régions et la seconde les surpondérant pour prendre en compte la non-réponse guyanaise et obtenir une estimation correcte du total France entière.

Le champ de l'étude a été limité à celui retenu dans celle précédemment réalisée sur l'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030, qui excluait les séjours pour grossesse, accouchement ou puerpéralité (chapitre XV de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, 10^e révision [CIM10]), pour affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10) et pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) ou à la surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10) [Mouquet et Oberlin, 2008].

Sont également exclus du champ de l'étude les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée de MCO :

- des hôpitaux locaux, inégalement représentés dans les bases PMSI selon les années et les régions, et des établissements dont l'activité principale ne relève pas des disciplines de MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, par exemple) ;
- des établissements à tarif d'autorité (établissements non conventionnés par les organismes d'assurance maladie) qui ne sont pas soumis à la production de RSA ;
- et des hôpitaux d'instruction des armées car, avant 2009, ils ne faisaient pas l'objet d'une remontée centralisée au niveau de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui collecte les données du PMSI.

Enfin les venues pour des séances réalisées en ambulatoire n'ont pas non plus été prises en compte, l'étude s'intéressant à l'analyse de la morbidité à l'origine des recours hospitaliers. L'étude de l'ATIH publiée récemment (juillet 2012) par exemple, qui adopte une perspective différente et s'intéresse à l'évolution de l'activité hospitalière entre 2007 et 2010, inclut les séances : comme leur part est importante (plus d'un quart des séjours) et que leur évolution est dynamique notamment pour les personnes de 80 ans ou plus (autour de +8 % par an sur la période 2007-2010), les chiffres calculés par l'ATIH peuvent sensiblement différer de ceux issus des conventions retenues dans ce dossier.

veillance de la grossesse ou du nouveau-né en bonne santé, le nombre total de séjours est passé de 13,2 millions en 1998 à 14,6 millions en 2008 (voir tableau 1). Globalement, cette augmentation du nombre de séjours se retrouve pour les hommes comme pour les femmes. Cependant, les évolutions diffèrent selon les groupes d'âges tout en restant analogues pour les hommes et pour les femmes. Ainsi, le nombre de séjours a baissé pour les patients âgés de moins de 45 ans et progressé pour ceux âgés de 45 ans ou plus.

Des variations notables des volumes de séjours selon les groupes de pathologies...

Les augmentations les plus importantes du nombre de séjours (plus de 20 % entre 1998 et 2008) apparaissent pour les hommes comme pour les femmes dans les groupes de maladies suivants : maladies du sang (anémies en particulier), maladies de l'œil (cataracte) et maladies du système nerveux (syndrome du

canal carpien notamment). Il faut y ajouter les troubles mentaux pour les hommes et les maladies du système ostéo-articulaire (arthropathies, arthroses, lésions articulaires) pour les femmes. À noter aussi pour les deux sexes une croissance forte du nombre de séjours dus à des maladies de l'appareil digestif (+16 % pour les hommes et +17 % pour les femmes) malgré une baisse notable des séjours pour appendicite ; dans ce groupe de maladies, ce sont les séjours pour des maladies de la bouche et des dents et pour certaines maladies de l'intestin (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin [MICI], polypes colorectaux par exemple) qui progressent fortement.

Les diminutions les plus importantes sont aussi communes aux deux sexes. Elles concernent les maladies de l'appareil respiratoire (en particulier à cause de la baisse des séjours induits par le traitement des maladies chroniques des amygdales et des végétations), des traumatismes (fractures) et empoisonnements et des maladies de l'oreille (otites). Pour les hommes, on

••• L'étude porte sur la période 1998-2008. L'année 1998 représente, en effet, la première année de recueil des séjours en MCO auprès de l'ensemble des établissements de santé publics et privés après la généralisation, à partir de l'année 1997, et donc sa montée en charge au cours de cette année-là, du recueil PMSI aux établissements privés à but lucratif. L'année 2008 est, quant à elle, la dernière année avant le changement de définition du diagnostic principal (voir encadré 2) intervenu à partir de 2009 avec la mise en place de la version 11 de la classification des groupes homogènes de malades.

Les taux d'hospitalisation correspondent au nombre de séjours hospitaliers effectués par les personnes résidant en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer pour 1 000 habitants. Les données démographiques utilisées sont celles des estimations localisées de population au 1^{er} janvier, publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en mai 2009 pour 1998 et 2003 et en janvier 2011 pour 2008. Ces taux, établis à partir des résumés de sortie anonymes (RSA), sont donc le reflet des séjours dans les unités de soins et non des taux de personnes hospitalisées. Ils peuvent être calculés par type d'hospitalisation (hospitalisation d'une durée au moins égale à 24 heures ou hospitalisation complète et hospitalisation inférieure à la journée ou hospitalisation en ambulatoire) ou pour l'ensemble des hospitalisations.

Les taux standardisés d'hospitalisation permettent de dégager les différences de recours entre des populations aux caractéristiques démographiques hétérogènes (hommes et femmes, habitants de zones géographiques distinctes) et les évolutions dans le temps en gommant les effets liés aux différences de structure par âge. En particulier, les évolutions temporelles sont ainsi corrigées de l'effet mécanique d'augmentation du nombre de séjours lié au vieillissement de la population. Les taux standardisés sont ceux que l'on observerait pour chacun des groupes étudiés s'il avait la même structure d'âge qu'une population de référence identique pour tous. La population de référence utilisée pour les comparaisons entre 1998, 2003 et 2008 est celle de la France métropolitaine au 1^{er} janvier 1990 pour les deux sexes réunis publiée par l'INSEE en mai 2009, répartie en onze tranches d'âges. Ils peuvent être calculés par type d'hospitalisation ou pour l'ensemble des hospitalisations.

La durée moyenne de séjour est calculée à partir des séjours ayant duré au moins 24 heures (hospitalisation complète), en incluant toutefois les décès et les transferts intervenus dans les premières 24 heures pour lesquels on compte alors 0 journée et 1 séjour : ces séjours ne peuvent pas être considérés comme une hospitalisation en ambulatoire et leur durée de séjour obtenue, comme pour les séjours d'au moins 24 heures, par différence entre date de sortie et date d'entrée est égale à 0 jour.

L'équivalent-journées est obtenu en additionnant les journées réalisées pour les séjours en hospitalisation complète et une journée par venue en hospitalisation de moins de 24 heures.

TABLEAU 1 ● Évolution du nombre de séjours effectués dans les services de soins de courte durée MCO (1) de 1998 à 2008 selon le sexe et l'âge des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (2) - Ensemble des hospitalisations (3)

	Moins d'1 an	De 1 à 4 ans	De 5 à 14 ans	De 15 à 24 ans	De 25 à 34 ans	De 35 à 44 ans	De 45 à 54 ans	De 55 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans ou plus	Tous âges
Hommes												
1998	147 800	339 900	441 100	452 500	559 800	727 700	945 800	946 800	1 195 000	717 400	250 700	6 724 500
2003	127 500	320 300	381 300	447 000	490 300	718 700	1 020 700	1 083 500	1 227 700	959 700	228 800	7 005 500
2008	121 300	299 000	358 900	456 600	458 600	685 100	994 700	1 318 500	1 206 200	1 094 800	343 300	7 337 000
Femmes												
1998	106 500	222 200	345 200	451 200	568 900	740 400	888 600	771 000	1 027 400	856 400	510 500	6 488 300
2003	95 400	208 800	298 900	451 200	519 700	754 200	989 900	901 200	1 063 600	1 112 200	473 700	6 868 800
2008	91 300	186 200	275 500	457 800	497 100	745 300	1 001 800	1 105 400	1 042 900	1 255 400	624 800	7 283 500
Les deux sexes												
1998	254 300	562 100	786 300	903 700	1 128 700	1 468 100	1 834 400	1 717 800	2 222 400	1 573 800	761 200	13 212 800
2003	222 900	529 100	680 200	898 200	1 010 000	1 472 900	2 010 600	1 984 700	2 291 300	2 071 900	702 500	13 874 300
2008	212 600	485 200	634 400	914 400	955 700	1 430 400	1 996 500	2 423 900	2 249 100	2 350 200	968 100	14 620 500

(1) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(2) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(3) Séjours appartenant à des hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES.

observe également une baisse sensible des séjours pour maladies infectieuses et parasitaires.

Enfin, le nombre des séjours pour des motifs liés à la surveillance ou à la prévention enregistre une progression limitée entre 2003 et 2008, après avoir connu une forte augmentation entre 1998 et 2003.

...avec des causes hétérogènes

Ces évolutions des nombres de séjours relèvent de causes diverses, qui ne peuvent pas toujours être mises en évidence à partir des données disponibles sur les séjours hospitaliers. Il peut s'agir, tout d'abord, d'un effet mécanique induit par la croissance et le vieillissement de la population française ; la standardisation des données permet de gommer cet effet. Elles peuvent aussi s'expliquer par des variations dans l'incidence des maladies liées ou non au vieillissement de la population, de modifications des modes de traitement ou de prise en charge entre médecine de ville et hôpital ou encore de la diffusion de techniques nouvelles entraînant, comme dans le cas de l'opération de la cataracte, un accès plus large aux soins dû à une simplification de l'intervention.

Ainsi, la baisse du nombre des séjours des personnes âgées de 85 ans ou plus en 2003 est à relier au nombre moins élevé de personnes de cet âge, conséquence du déficit de naissances induit par la guerre 1914-1918.

L'accroissement du nombre de séjours constaté pour les tumeurs, les maladies de l'œil et de ses annexes, des maladies de l'appareil circulatoire ou des maladies du système ostéo-articulaire, pathologies plus fréquentes aux âges élevés, découle en partie de celui des personnes âgées dans la population française qui totalisait 6,7 % de 75 ans ou plus en 1998, 7,6 % en 2003 et 8,5 % en 2008.

La progression importante des séjours pour maladies du sang ou pour maladies du tube digestif est, quant à elle, à rapprocher de celles du nombre des coloscopies réalisées dans un but de diagnostic étiologique (anémies) ou de surveillance (MCI) ou de dépistage du cancer colorectal dans des populations à risque conduisant à la découverte de pathologies peu graves (polypes). En outre, pour les maladies de l'intestin, il faut ajouter le rôle joué par la création dans la Classification internationale des maladies 10^e révision (CIM10) de l'Organisation mondiale de la santé, fin 1999, du code K63.5 concernant certains polypes colorectaux dont l'effectif a atteint 72 982 séjours en 2008.

La faible augmentation, entre 2003 et 2008, du nombre de séjours pour des motifs liés à la surveillance ou à la prévention après la forte augmentation intervenue entre 1998 et 2003 est la conséquence de la circulaire sur les actes frontières du 31 août 2006 et de l'arrêté sur les

forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) du 27 février 2007. La première exclut du champ de l'hospitalisation les prises en charge de moins de 24 heures qui peuvent être habituellement réalisées en médecine de ville ou dans le cadre de consultations ou d'actes externes dans les établissements hospitaliers (exemple : monitorage de type « rythme cardiaque foetal » non suivi d'hospitalisation). Le second précise que ces forfaits SE sont à facturer en lieu et place d'une hospitalisation lors de la réalisation de certains actes utilisant le secteur opératoire ou nécessitant la mise en observation du patient (exemple : les endoscopies sans anesthésie).

La diminution du recours hospitalier, d'une part, pour le traitement des maladies chroniques des amygdales et des végétations et, d'autre part, pour celui des otites semble correspondre à une réorientation vers des indications chirurgicales plus pertinentes sous l'influence des recommandations professionnelles. C'est également le cas pour les appendicites pour lesquelles intervient, en outre, l'amélioration des moyens diagnostiques apportée par l'imagerie.

Enfin, la baisse du nombre de séjours motivés par des fractures est en partie le résultat de mesures préventives, telles que les campagnes destinées à réduire le risque de chute⁵, notamment chez les personnes âgées, ou la diffusion du traitement de l'ostéoporose.

Peu de modification de la structure des recours par pathologies

Tous âges confondus, deux groupes de causes de recours à l'hospitalisation prédominent sur l'ensemble de la période (voir graphique 1). Ce sont, d'une part, les motifs de recours dits « autres que les maladies ou traumatismes⁶ » (voir encadré 2), tels que la surveillance, les bilans ou la prévention et, d'autre part, les maladies de l'appareil digestif (maladies des dents et de la bouche incluses). Leur poids total dans l'ensemble des séjours a augmenté entre 1998 (25,4 %) et 2008 (28,5 %) et la part des séjours liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention est devenue plus importante, alors qu'elle était inférieure à celle des maladies de l'appareil digestif en 1998. Ces évolutions des causes les plus fréquentes

d'hospitalisation sont analogues pour les hommes et les femmes (voir graphique 1).

Pour les hommes, les maladies de l'appareil circulatoire demeurent la troisième cause d'hospitalisation et les tumeurs, la quatrième, avec une part des séjours stable sur la période (respectivement 11 % et 9 %). La part des séjours pour traumatismes et empoisonnements, en recul de 2,5 points, arrive en cinquième position avant les séjours pour maladies du système ostéo-articulaire (stables à 6,4 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (-1,5 point).

Pour les femmes, ce sont les tumeurs qui occupent la troisième place en 2008 avant les maladies de l'appareil circulatoire (-1,1 point). Les maladies du système ostéo-articulaire (+0,3 point) occupent la cinquième place et devancent les traumatismes et empoisonnements en recul de 1,8 point et les maladies de l'appareil génito-urinaire (-0,8 point).

Moins de recours à l'hôpital entre 1998 et 2008 pour les moins de 15 ans

Le taux d'hospitalisation des moins de 15 ans a sensiblement reculé entre 1998 et 2008 pour les garçons comme pour les filles (voir graphique 2). La baisse varie selon les sexe et l'âge allant de -18 % pour les garçons âgés de 1 à 4 ans, la plus faible, à -23 % pour ceux de moins d'1 an, la plus élevée. Elle est toutefois plus importante pour les filles que pour les garçons sauf chez les moins d'1 an. Les taux de recours pour des maladies de l'oreille ou des maladies digestives ont diminué quel que soit l'âge, de même que ceux pour des maladies respiratoires ou de la traumatologie pour les 1-14 ans. Ces évolutions à la baisse sont globalement beaucoup plus marquées que l'augmentation enregistrée pour les recours à l'hôpital pour des motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention chez les 1-14 ans ou pour les maladies de l'appareil génito-urinaire chez les garçons de 1 à 4 ans.

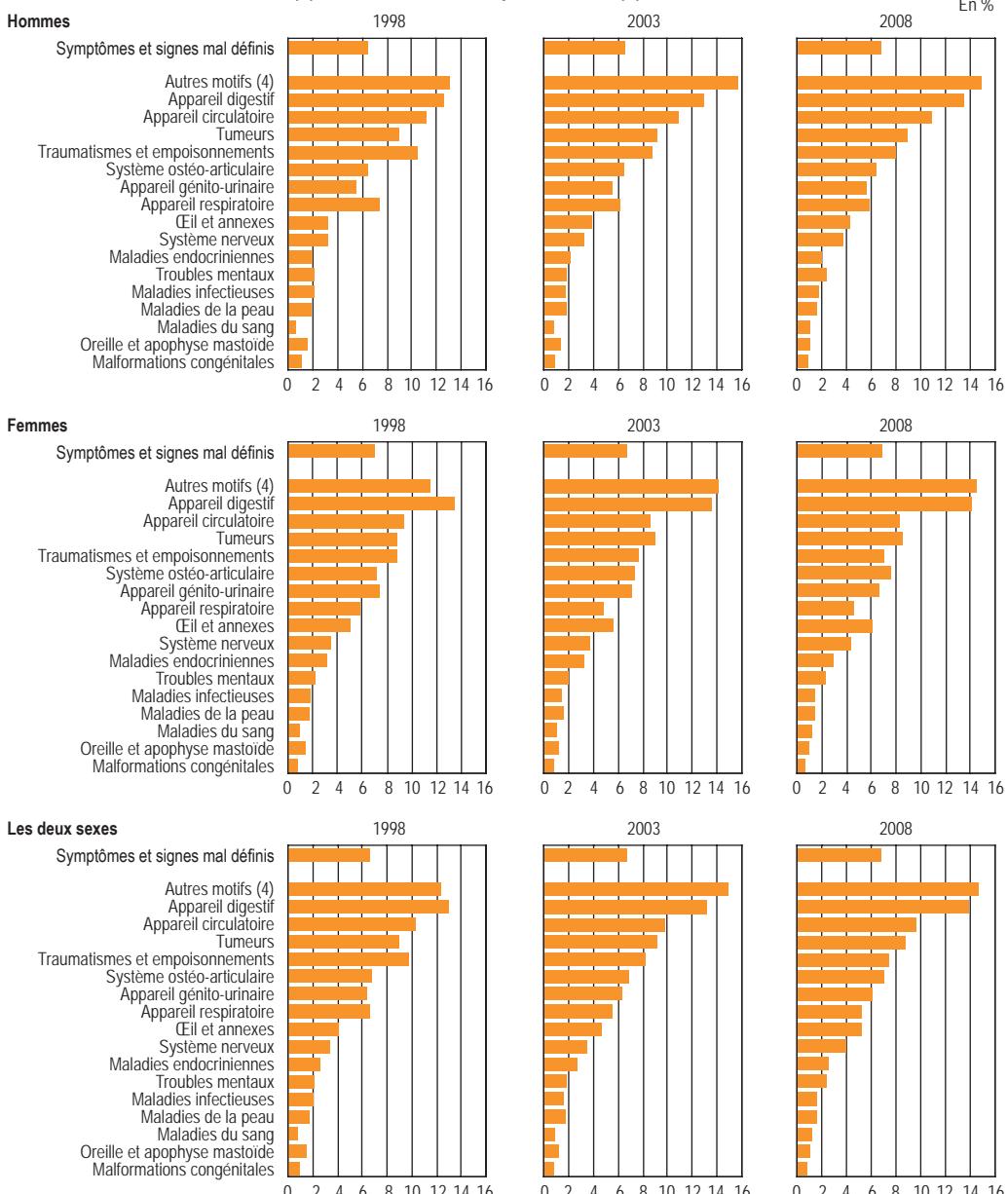
Un recours à l'hôpital plutôt stable entre 1998 et 2008 pour les 15-64 ans

Les évolutions des taux d'hospitalisation en MCO par tranches d'âges sont voisines pour les hommes et les

5. Oberlin Ph. et Mouquet M.-Cl., 2010, « Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? », *Études et Résultats*, n° 723, DREES, avril.

6. Codes Z de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM10). Les motifs autres que maladie ou traumatisme sont largement liés aux hospitalisations de moins de 24 heures pour lesquelles ils comptent pour 25 % des séjours contre seulement 8 % des hospitalisations de 24 heures ou plus.

GRAPHIQUE 1 ● Évolution de la répartition des séjours dans les services de soins de courte durée MCO (1) de 1998 à 2008 selon le sexe des patients et la pathologie traitée - Champ de l'étude Impact du vieillissement (2) - Ensemble des hospitalisations (3)



Note • En dehors des symptômes, signes et états morbides mal définis, les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquences, pour les deux sexes, tous âges réunis en 2008.

(1) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(2) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(3) Séjours appartenant à des hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

(4) Motifs de recours aux services de santé autres que maladie ou traumatisme, tels que surveillance, prévention, motifs sociaux...

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES.

ENCADRÉ 2 ● Les regroupements de maladies

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal mentionné dans les séjours. Dans le PMSI-MCO, ce diagnostic principal est défini comme 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 (CIM10). La CIM comporte un système de codage qui permet d'attribuer deux codes à certains diagnostics contenant des informations relatives à la fois à une maladie généralisée initiale (étiologie) et à une manifestation localisée à un organe donné représentant en elle-même un problème clinique (manifestation clinique). Dans le PMSI, c'est le code manifestation clinique qui est retenu comme diagnostic principal. Ainsi, à titre d'exemple, dans cette étude, un séjour pour rétinopathie diabétique est considéré comme un séjour pour maladie de l'œil (affection de la rétine) et non comme un séjour pour maladie endocrinienne (diabète).

Pour l'analyse de la morbidité hospitalière, les codes sont regroupés selon une liste validée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Ces pathologies diffèrent des groupes homogènes de malades (GHM), unités médico-économiques utilisées par le PMSI. Celles-ci reposent à la fois sur le diagnostic principal, les actes réalisés et éventuellement l'âge du patient et la présence de certaines comorbidités sévères.

Dans leur niveau agrégé, utilisé dans les tableaux et les graphiques, les groupes de pathologies correspondent aux chapitres de la CIM qui 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...), soit, pour des raisons d'efficacité en termes d'études épidémiologiques, dans des agrégats généraux (tumeurs, certaines maladies infectieuses et parasitaires). C'est ainsi que les cancers et les tumeurs bénignes, sont réunis dans le chapitre des « Tumeurs » et non pas ventilés dans les chapitres anatomiques. Ces chapitres ne correspondent généralement pas aux spécialités médicales. Par exemple, le champ de l'ORL se trouve réparti entre les chapitres tumeurs, maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde et maladies de l'appareil respiratoire. Inversement le chapitre des maladies de l'appareil digestif contient les maladies non infectieuses et non tumorales des dents et du parodonte, du tube digestif (œsophage, estomac, duodénum, intestins), du foie, de la vésicule biliaire et du pancréas. 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'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ».

De même, les motifs non répertoriés dans les chapitres de symptômes, de maladies ou de traumatismes et empoisonnements sont classés dans un chapitre appelé « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ». Ce sont, dans cette étude, les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention. Ils sont aussi parfois désignés sous le vocable de « codes Z », car leurs codes CIM10 commencent par cette lettre. Ils permettent, d'une part, de repérer les séjours de personnes, malades ou non, entrant en contact avec les services de santé pour une raison précise : soins de niveau limité pour une affection en cours (chimiothérapie ou radiothérapie par exemple), don d'organe ou de tissu, surveillance de grossesse ou de nouveau-né normal, vaccination, discussion d'un problème ne représentant pas en soi une maladie ou un traumatisme... Ils concernent, d'autre part, les circonstances ou les problèmes influençant l'état de santé sans constituer en eux-mêmes une maladie ou un traumatisme : antécédents personnels ou familiaux de pathologies (cancers, par exemple) nécessitant des examens de dépistage, conditions socio-économiques ou psycho-sociales menaçant la santé, existence d'un risque lié à des maladies transmissibles... Ces rubriques permettent de coder la réalisation d'actes à visée diagnostique (coloscopie, explorations fonctionnelles respiratoires ou digestives, arthroscopie...) sans qu'il y ait pour autant de découverte de pathologie, ainsi que la réalisation d'examens médicaux généraux (bilans de santé par exemple) ou spéciaux de dépistage concernant des individus ou des populations. Enfin, elles permettent de coder la surveillance rendue nécessaire par certains traitements médicaux ou chirurgicaux (trachéotomie, colostomie, stimulateur cardiaque...).

Les chapitres CIM retenus pour effectuer cette partition des maladies sont différents des catégories majeures de diagnostics (CMD) utilisées dans le PMSI pour agrégier les séjours classés en groupes homogènes de malades (GHM).

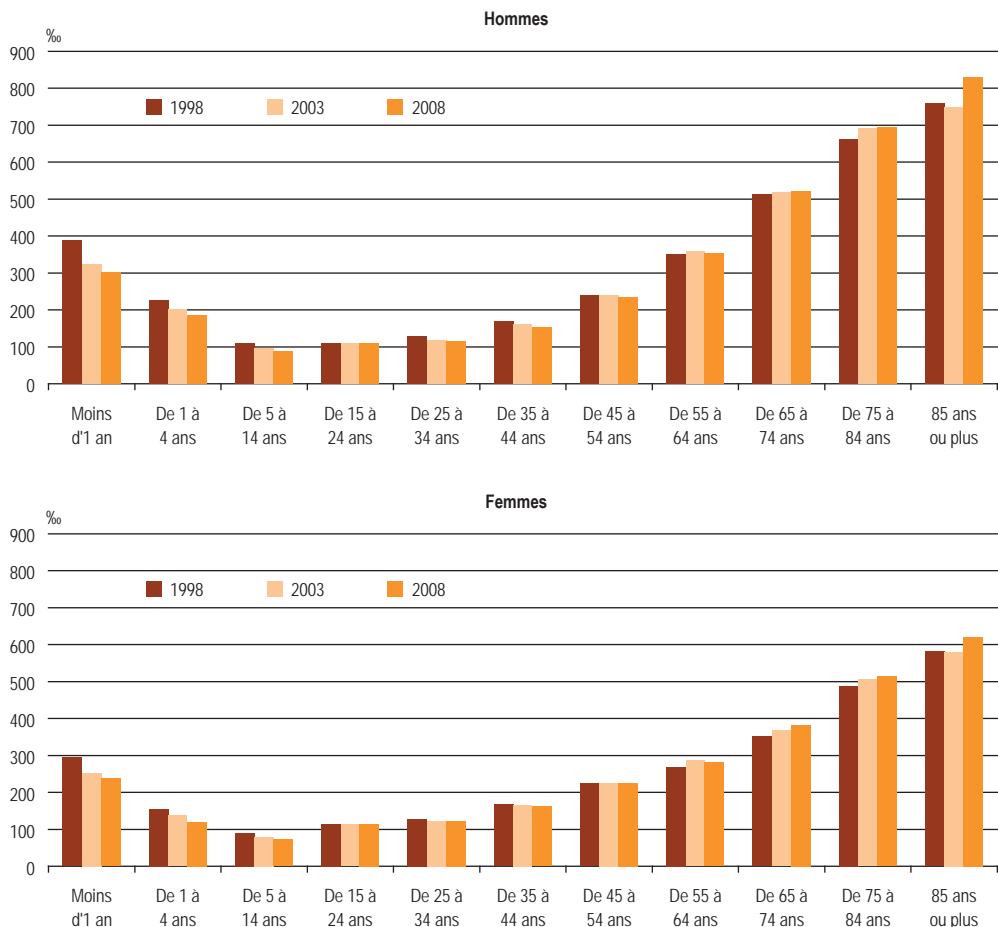
femmes âgés de 15 à 64 ans (voir graphique 2). Les taux toutes causes sont restés stables entre 1998 et 2008 pour les 15-24 ans des deux sexes et pour les femmes entre 45 et 54 ans. Ils ont diminué pour les hommes entre 25 et 54 ans et pour les femmes entre 25 et 44 ans et augmenté à partir de 55 ans pour les femmes et de 65 ans pour les hommes.

Les taux d'hospitalisation pour des traumatismes ou empoisonnements ont décrû nettement dans toutes les tranches d'âges pour les hommes et pour les femmes.

Chez les 15-24 ans, cette baisse a été compensée par une croissance des taux de recours pour des maladies digestives et pour des motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention. Une hausse sensible des taux d'hospitalisation pour ces groupes de motifs est également retrouvée pour les femmes âgées de 25 à 44 ans.

En outre, les taux d'hospitalisation pour des motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention ou des maladies digestives ont aussi augmenté pour les hommes et les femmes âgés de 45 à 64 ans et ceux

GRAPHIQUE 2 ● Évolution des taux d'hospitalisation (1) dans les services de soins de courte durée MCO (2) de 1998 à 2008 selon le sexe et l'âge des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (3) - Ensemble des hospitalisations (4)



(1) Nombre de séjours effectués par les personnes résidant en France entière pour 1 000 habitants de France entière.

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(3) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(4) Séjours appartenant à des hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES, INSEE population par âge.

pour des maladies ostéo-articulaires pour les personnes âgées de 55 à 64 ans. Inversement, les taux d'hospitalisation pour des maladies de l'appareil circulatoire ont baissé, pour les deux sexes, entre 45 et 64 ans et ceux pour des tumeurs entre 45 et 54 ans. S'y ajoutent un recul des maladies respiratoires notamment pour les hommes entre 55 et 64 ans et de celles de l'appareil génito-urinaire pour les femmes.

Un accroissement des taux d'hospitalisation entre 1998 et 2008 pour les 65 ans ou plus

Les taux d'hospitalisation globaux se sont accrus entre 1998 et 2008 pour les personnes âgées de 65 ans ou plus (voir graphique 2). L'augmentation a été plus importante pour les femmes que pour les hommes

entre 65 et 74 ans (+8 % contre +2 %), identique entre 75 et 84 ans (+5 %) et plus élevée pour les hommes chez les plus de 84 ans (+9 % contre +7 %). Les évolutions observées pour les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont similaires pour les hommes et pour les femmes. Elles sont essentiellement dues au développement des séjours motivés par des soins ou des examens de surveillance, de bilan ou de prévention pour lesquels les taux d'hospitalisation ont crû pour l'ensemble des patients de ces groupes d'âges. Il en est de même pour les maladies ophtalmologiques, à l'exception des femmes les plus âgées, tandis que, dans le même temps, les taux de recours à l'hôpital liés à des causes accidentelles ont diminué. Pour les maladies digestives, les taux d'hospitalisation ont augmenté pour les 65-74 ans et baissé pour les 85 ans ou plus. Les taux d'hospitalisation pour des maladies de l'appareil circulatoire ont reculé pour les 65-74 ans et progressé pour les 85 ans ou plus. Pour les tumeurs, les taux d'hospitalisation par sexe et âge ont décrû sur

la période, sauf pour les femmes âgées de 65 à 74 ans pour lesquelles ils se sont accrus.

Une augmentation du taux global d'hospitalisation entre 1998 et 2008 en lien avec le vieillissement de la population

Le taux brut d'hospitalisation, tous âges confondus, est passé de 221 pour 1 000 en 1998 à 229 pour 1 000 en 2008 et la progression a été voisine sur les deux sous-périodes (voir tableau 2). Il a progressé plus nettement pour les femmes (+4,8 %) que pour les hommes (+2,6 %). Cette augmentation est essentiellement liée aux modifications intervenues dans la structure par âge de la population française et en particulier à son vieillissement⁷. En effet, à structure de population identique, le taux global standardisé (voir encadré 1) de recours à l'hospitalisation en MCO a diminué entre 1998 et 2008, la baisse touchant essentiellement les hommes (voir tableau 2).

7. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus dans la population française est passée de 15,5% en 1998 à 16,4% en 2008.

TABLEAU 2 ● Évolution des taux d'hospitalisation tous âges dans les services de soins de courte durée MCO (1) de 1998 à 2008 selon le sexe des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (2) - Ensemble des hospitalisations (3)

	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Taux bruts			
Valeurs (4) (%)			
1998	231,1	210,6	220,6
2003	233,9	215,5	224,4
2008	237,0	220,7	228,6
Évolutions (%)			
1998-2003	+1,2	+2,3	+1,7
2003-2008	+1,3	+2,4	+1,9
1998-2008	+2,6	+4,8	+3,6
Taux standardisés (5)			
Évolutions (%)			
1998-2003	-1,6	-0,1	-0,9
2003-2008	-1,5	-0,6	-1,0
1998-2008	-3,1	-0,7	-1,9

(1) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(2) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(3) Ensemble des séjours appartenant à des hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

(4) Nombre de séjours effectués par les personnes résidant en France entière pour 1 000 habitants de France entière.

(5) Cette standardisation sur le sexe et sur l'âge permet de mettre en évidence les évolutions des taux de recours autres que celles induites par les modifications structurelles observées dans la population. Les taux standardisés calculés pour chacune des années pour les hommes, les femmes ou l'ensemble sont ceux que l'on observerait si chacun de ces groupes avait la même structure d'âge qu'une population de référence identique pour tous. La population de référence utilisée ici est celle de la France métropolitaine au 1^{er} janvier 1990, les deux sexes.

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES et INSEE, estimations localisées de population au 1^{er} janvier.

Entre 1998 et 2008, une progression des prises en charge en ambulatoire...

En 2008, la part totale des séjours effectués en hospitalisation de moins de 24 heures est un peu plus élevée pour les femmes que pour les hommes (39 % contre 38 %). Entre 1998 et 2008, elle a augmenté d'environ 10 points pour les hommes et 12 points pour les femmes (voir tableau 3). La progression a toutefois été plus importante entre 1998 et 2003 (+7 points globalement) qu'entre 2003 et 2008 (+4 points).

Le développement de ce type de prise en charge concerne tous les groupes d'âges à l'exception des garçons de moins d'1 an et des filles de moins de 5 ans (voir graphique 3). Ce mouvement a sans doute été amplifié par la mise en place, par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, d'un dispositif soumettant certains établissements hospitaliers à l'obtention d'un accord préalable de l'Assurance maladie pour réaliser certains actes chirurgicaux en hospitalisant les patients au moins une nuit. Cette procédure, qui a pour objectif de développer la chirurgie ambulatoire, concerne dix-sept gestes chirurgicaux courants⁸ pour lesquels cette réalisation a été validée par les sociétés savantes. Les groupes de pathologies concernés par ces chirurgies enregistrent, d'ailleurs, des augmentations notables des parts de séjours réalisées en ambulatoire entre 1998 et

2008. En outre, le développement de cette part est relativement plus important chez les patients âgés (65 ans ou plus), groupes d'âges où elle est toutefois plus faible. Cette évolution est vraisemblablement en partie due au traitement des maladies ophthalmologiques et, en particulier, aux opérations de la cataracte qui donnent lieu à une croissance importante des traitements réalisés en ambulatoire (un cinquième des prises en charge en 1998 et sept sur dix 2008) ; dans le même temps, lorsque cette opération est réalisée en hospitalisation complète, la durée moyenne de séjour a diminué, passant de 2 jours en 1998 à 1,5 en 2008.

... accompagnée d'une baisse de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète (DMS) est voisine pour les hommes et les femmes (5,8 jours en 2008). Elle augmente sensiblement avec l'âge (voir graphique 4). En 2008, elle était, globalement, de 2,7 jours pour les 1-4 ans et de 9 jours pour les 85 ans ou plus. En effet, les patients âgés souffrent souvent de polypathologies et leurs hospitalisations sont fréquemment motivées par des maladies chroniques comme les maladies du cœur, les cancers, les affections respiratoires ou les conséquences de chutes

TABLEAU 3 ● Évolution de la durée des séjours effectués dans les services de soins de courte durée MCO (1) de 1998 à 2008 selon le sexe des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (2)

	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Part des séjours pris en charge en ambulatoire (3) (%)			
1998	27,7	27,0	27,3
2003	34,1	33,9	34,0
2008	37,6	38,7	38,1
Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète (4) (nombre de jours)			
1998	6,2	6,3	6,2
2003	6,0	6,1	6,1
2008	5,8	5,8	5,8

(1) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(2) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(3) Hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

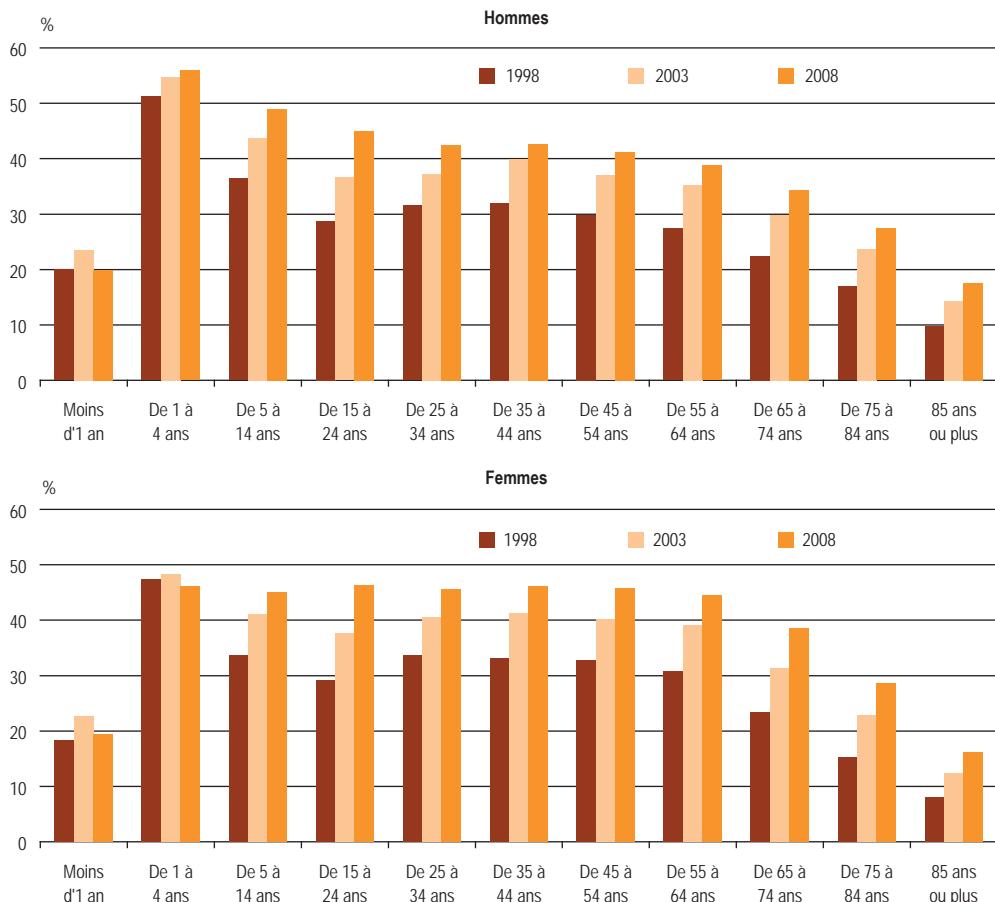
(4) Hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs).

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES.

8. Adénoiectomies, arthroscopies du genou hors ligamentoplasties, chirurgie anale, chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses du membre supérieur, chirurgie de la conjonctive (ptérygion), chirurgie de la maladie de Dupuytren, chirurgie des bourses, chirurgie des hernies inguinales, chirurgie des varices, chirurgie du cristallin, chirurgie du sein/tumorectomie, chirurgie réparatrice des ligaments et tendons (main), chirurgie du strabisme, chirurgie de l'utérus, vulve, vagin et assistance médicale à la procréation (AMP), coelioscopie gynécologique, extraction dentaire, exérèses de kystes synoviaux.

GRAPHIQUE 3 ● Évolution de la part des séjours pris en charge en ambulatoire (1) dans les services de soins de courte durée MCO (2) de 1998 à 2008 selon le sexe et l'âge des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (3)



(1) Hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(3) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES.

accidentelles comme la fracture du col du fémur⁹. Ces pathologies conduisent à des hospitalisations pour lesquelles les prises en charge de moins de 24 heures sont peu fréquentes¹⁰ et les durées moyennes de séjour longues (12,8 jours pour la fracture du col de fémur, 10,2 jours pour les maladies respiratoires et 9,6 jours pour les tumeurs malignes en 2008). La DMS par groupes d'âges est similaire pour les hommes et les

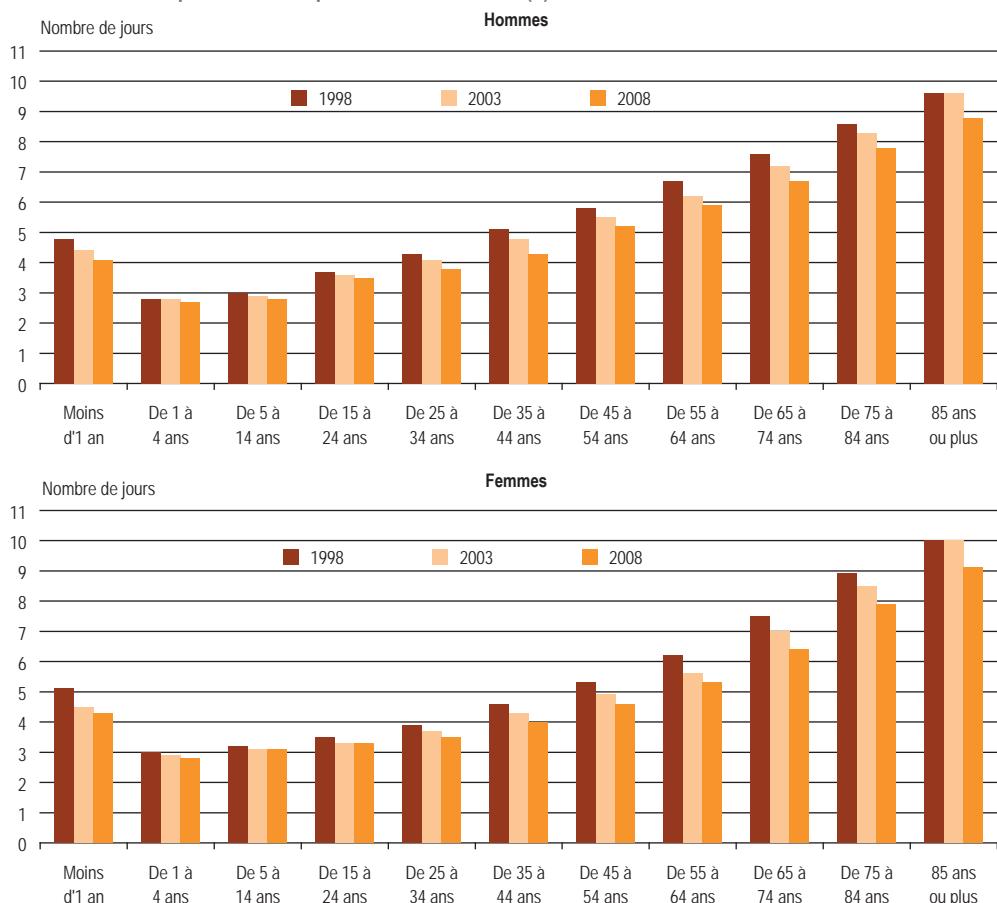
femmes sauf entre 45 et 64 ans où elle est supérieure pour les hommes et à partir de 85 ans où c'est l'inverse.

Entre 1998 et 2008, la DMS a diminué d'environ une demi-journée (voir tableau 3). La baisse a été plus sensible entre 2003 et 2008 (-0,3 jour soit -5 % en valeur relative) qu'entre 1998 et 2003 (respectivement -0,1 jour et -2 %). La diminution a concerné tous les groupes d'âges (voir graphique 4). Les réductions les

9. En 2008, la fracture du col du fémur a été à l'origine, pour les 65 ans ou plus, de 75 700 séjours hospitaliers en MCO, dont 29 300 ont concerné des femmes âgées de 85 ans ou plus.

10. Les traitements itératifs réalisés en séances comme les chimiothérapies ou les radiothérapies sont exclus de cette étude.

GRAPHIQUE 4 ● Évolution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète (1) dans les services de soins de courte durée MCO (2) de 1998 à 2008 selon le sexe et l'âge des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (3)



(1) Hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs).

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(3) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES.

plus importantes en valeur absolue apparaissent à partir 55 ans avec près d'un jour en moins. En valeur relative, les diminutions les plus sensibles (entre -10 % et -16 % selon le sexe et le groupe d'âges) sont notées chez les moins d'1 an et entre 25 et 74 ans pour les hommes et entre 25 et 84 ans pour les femmes.

Au total : une baisse du nombre d'équivalents-journées malgré l'augmentation du nombre de séjours...

Le nombre total d'équivalents-journées a diminué de 8,4 % entre 1998 et 2008 tandis que, dans le même temps, le

nombre de séjours augmentait de 11 % (voir tableau 4). C'est le résultat d'une baisse importante du nombre de journées en hospitalisation complète (-7,3 millions) non contrebalancée par l'augmentation du nombre d'hospitalisations en ambulatoire (+2 millions). La diminution a été un peu plus importante pour les femmes (-8,8 %) que pour les hommes (-8 %), alors même que les séjours féminins progressaient davantage (+12 % contre +8 %).

...et une fréquentation de plus en plus âgée

Pour les 75 ans ou plus, le nombre de séjours a augmenté de 42 % entre 1998 et 2008 et celui des équivalents-

journées de 14 % avec une croissance en hospitalisation complète mais aussi en ambulatoire. La progression a été plus importante pour les hommes (+49 % pour les séjours et +22 % pour les équivalents-journées) que pour les femmes (respectivement +38 % et +9 %). La part des séjours de 75 ans ou plus est ainsi passée de 18 % en 1998 à 23 % en 2008 et celle de leurs équivalents-journées de 30 % à 37 %, les proportions étant plus élevées chez les femmes que chez les hommes (voir tableau 4).

Un taux brut d'hospitalisation féminin inférieur à celui des hommes dans toutes les régions

La supériorité du taux d'hospitalisation masculin apparaît dans toutes les régions, en dépit d'une part de personnes âgées de 65 ans ou plus inférieure à celles des femmes dans toutes les régions (voir graphique 5). En 2008, les écarts entre sexes les plus faibles (< 1 %) sont observés en Alsace et à la Guadeloupe et les plus importants (> 10 %) en Poitou-Charentes, Pays de la Loire, Langue-doc-Roussillon, Limousin, Auvergne et à La Réunion.

Des disparités régionales de recours toutes causes largement expliquées par des différences de structure démographique

Le taux d'hospitalisation augmentant avec l'âge, on pourrait penser que les régions les plus âgées connaissent les taux d'hospitalisation les plus élevés. C'est le plus souvent vrai : les régions dans lesquelles la part des personnes âgées de 65 ans ou plus est supérieure à la moyenne nationale enregistrent la plupart du temps des taux bruts d'hospitalisation également supérieurs à la moyenne nationale et inversement (voir graphique 5). Les exceptions notables en 2008 sont l'Alsace (deux sexes), le Nord-Pas-de-Calais (deux sexes) et la Picardie (femmes) qui connaissent des taux bruts d'hospitalisation plus élevés malgré des parts de 65 ans ou plus inférieures et, à l'opposé, la Bretagne (deux sexes) et l'Auvergne (femmes) avec des taux bruts plus faibles et des parts de 65 ans ou plus supérieures.

On observe une assez grande variabilité des taux bruts régionaux toutes causes (voir cartes - Taux bruts). En 2008, huit régions pour les hommes et pour les femmes

TABLEAU 4 ● Évolution des séjours et des journées réalisés dans les services de soins de courte durée MCO (1) de 1998 à 2008 selon le sexe des patients - Champ de l'étude Impact du vieillissement (2)

	Tous âges		65 ans ou plus		75 ans ou plus	
	Nombre total de séjours (3) (en milliers)	Équivalents-journées (4) (en milliers)	Part de l'ensemble des séjours (en %)	Part de l'ensemble des équivalents-journées (en %)	Part de l'ensemble des séjours (en %)	Part de l'ensemble des équivalents-journées (en %)
Hommes						
1998	6 725	31 888	32,2	46,3	14,4	23,3
2003	7 005	30 279	34,5	48,9	17,0	27,1
2008	7 337	29 352	36,0	50,2	19,6	30,8
Femmes						
1998	6 488	31 692	36,9	55,2	21,1	35,7
2003	6 869	30 079	38,6	57,2	23,1	39,2
2008	7 284	28 907	40,1	58,1	25,8	42,5
Les deux sexes						
1998	13 213	63 580	34,5	50,7	17,7	29,5
2003	13 874	60 358	36,5	53,0	20,0	33,1
2008	14 621	58 259	38,1	54,1	22,7	36,6

(1) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(2) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

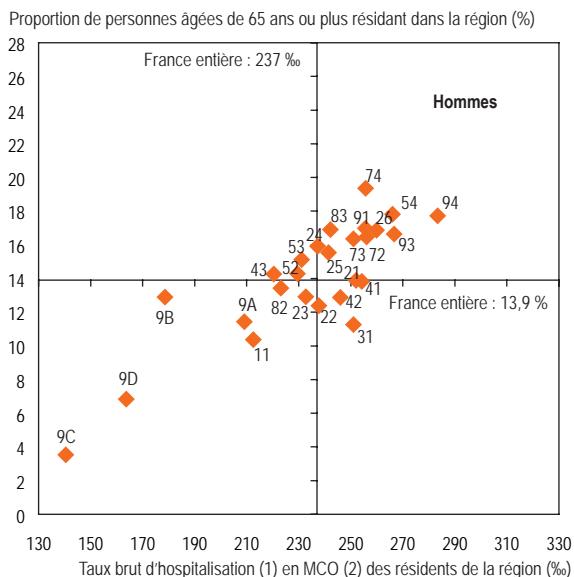
(3) Séjours appartenant à des hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

(4) Journées réalisées en hospitalisation complète auxquelles on ajoute les hospitalisations en ambulatoire.

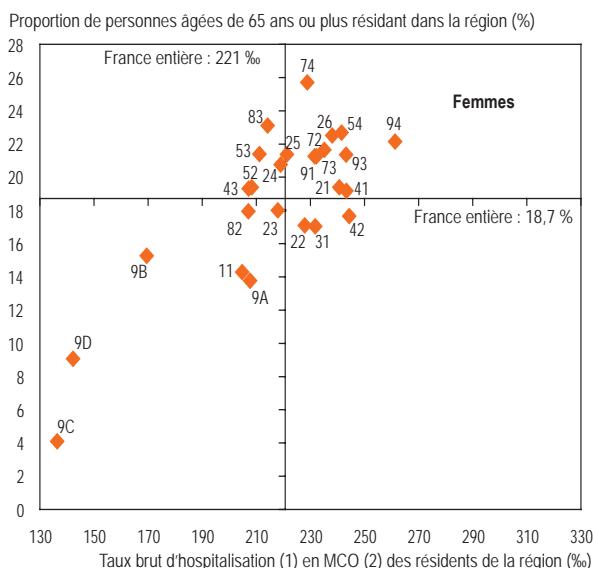
Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES.

GRAPHIQUE 5 ● Comparaisons régionales des taux bruts d'hospitalisation (1) dans les services de soins de courte durée MCO (2) et des proportions de personnes âgées de 65 ans ou plus selon le sexe en 2008 - Ensemble des hospitalisations (3) - Champ de l'étude Impact du vieillissement (4)



Code	Libellé des régions
11	Île-de-France
21	Champagne-Ardenne
22	Picardie
23	Haute-Normandie
24	Centre
25	Basse-Normandie
26	Bourgogne
31	Nord - Pas-de-Calais
41	Lorraine
42	Alsace
43	Franche-Comté
52	Pays de la Loire
53	Bretagne
54	Poitou-Charentes
72	Aquitaine
73	Midi-Pyrénées
74	Limousin
82	Rhône-Alpes
83	Auvergne
91	Languedoc-Roussillon
93	Provence-Alpes-Côte d'Azur
94	Corse
9A	Guadeloupe
9B	Martinique
9C	Guyane
9D	La Réunion



Lecture • La région Île-de-France (11), qui a une proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus inférieure à celle de la France entière, a également un taux d'hospitalisation en MCO inférieur à celui de la France entière.

(1) Nombre de séjours de toutes causes effectués par les personnes résidant dans la région pour 1 000 habitants de la région.

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(3) Séjours appartenant à des hospitalisations ≥ 24 heures (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations < 24 heures pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

(4) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

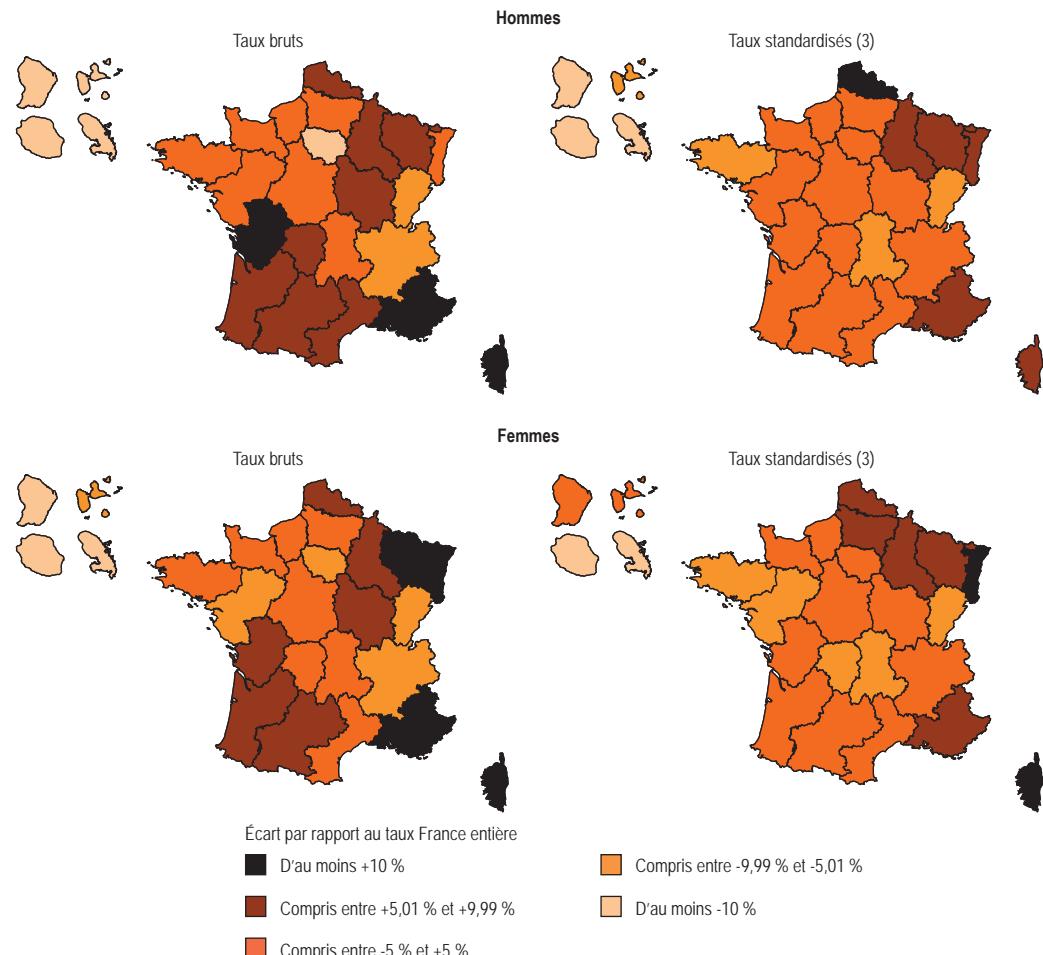
Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES et INSEE, estimations localisées de population au 1^{er} janvier.

ont un taux variant de -5 % à +5 % autour de la moyenne nationale, dont six identiques pour les deux sexes (Picardie, Haute et Basse-Normandie, Centre, Bretagne et Auvergne). Aux extrêmes, cinq régions pour les hommes et trois régions pour les femmes ont un taux de recours inférieur d'au moins 10 % à la moyenne nationale (DOM notamment) et trois régions pour les hommes et quatre pour les femmes, un taux de recours supérieur d'au

moins 10 % (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse en particulier). Une grande partie de ces écarts est liée aux différences de structures démographiques, notamment pour les hommes (voir cartes – Taux standardisés). En 2008, à « âge égal », treize régions pour les hommes et douze pour les femmes s'écartent au plus de 5 % de la moyenne nationale, dix étant communes aux deux sexes. Entre 1998 et 2008, on note, néanmoins, pour

CARTES ● Comparaisons régionales des taux de recours aux services de soins de courte durée MCO (1) selon le sexe des patients en 2008 - Champ de l'étude Impact du vieillissement (2)



(1) Médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie.

(2) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision [CIM10]), affections périnatales (chapitre XVI de la CIM10), recours pour des motifs liés à la reproduction (codes Z30 à Z39 de la CIM10) et surveillance médicale des nourrissons et enfants en bonne santé (codes Z76.1 et Z76.2 de la CIM10).

(3) Cette standardisation sur le sexe et sur l'âge permet de mettre en évidence les évolutions des taux de recours autres que celles induites par les modifications structurelles observées dans la population. Les taux standardisés calculés pour les hommes et pour les femmes sont ceux que l'on observerait si chacun de ces groupes avait la même structure d'âge qu'une population de référence identique pour chacun des groupes. La population de référence utilisée ici est celle de la France métropolitaine au 1^{er} janvier 1990, deux sexes.

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements hospitaliers publics et privés hors SSA et hôpitaux locaux.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 1998-2008, traitement DREES et INSEE, estimations localisées de population au 1^{er} janvier.

les deux sexes, la persistance d'un taux de recours plutôt excédentaire en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Champagne-Ardenne et Lorraine. En outre, le taux standardisé d'hospitalisation est devenu supérieur d'au moins 10 % à la moyenne nationale dans le Nord-

Pas-de-Calais pour les hommes et en Alsace pour les femmes. Inversement, le recours au MCO demeure plutôt déficitaire en Guadeloupe, à La Réunion, en Bretagne et en Auvergne pour les deux sexes et dans les Pays de la Loire et le Limousin pour les femmes.

Pour en savoir plus

- Mouquet M.-C., 2012, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », *Document de travail*, série études et recherche, DREES à paraître.
- Mouquet M.-C., 2011, « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008 », *Études et Résultats*, n° 783, DREES, novembre.
- DREES, 2011, L'état de santé de la population en France - Rapport 2011 :
<http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html>
- Mouquet M.-C. et Oberlin Ph., 2008, « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 4, DREES.
- Sur le site de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques :
<http://www.drees.sante.gouv.fr/donnees-disponibles-sur-la-morbidite-hospitaliere,3369.html>
- ATIH, 2012, « Vieillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010. Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus », juillet.
- Site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : <http://www.atih.sante.fr>

2

Mesure de la performance économique des établissements de santé

- Les déterminants de la rentabilité des établissements de santé
- Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficience entre 2003 et 2009

Mesure de la performance économique des établissements de santé

Le système hospitalier a connu de nombreuses réformes au cours de la dernière décennie, les plus importantes étant la mise en place de la tarification à l'activité, qui a modifié le mode de financement de l'hôpital, jusqu'alors assuré par une dotation globale forfaitaire versée à chaque établissement, et la loi Hôpital, patients, santé, territoires, qui a apporté des modifications importantes en termes de gouvernance. Le système hospitalier doit rendre un service de qualité aux usagers tout en étant soutenable d'un point de vue financier. Les multiples exigences auxquelles il est confronté - contrainte économique, égalité d'accès aux soins, offre de qualité - nécessitent de la part des établissements de santé de profondes adaptations et des modifications de leur modes de fonctionnement. Ils doivent exploiter toutes les marges de manœuvre disponibles pour accroître leur performance.

Mesurer la performance d'un service public n'est pas aisés. Plusieurs approches sont possibles. La satisfaction des usagers en est une. Les établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique vont d'ailleurs s'engager dans une démarche annuelle de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. Au-delà de cette approche par la satisfaction, utile mais partielle, trois grands axes d'analyse peuvent être approfondis : l'efficacité, l'équité, et le respect de l'équilibre macroéconomique. L'efficacité peut se décomposer entre efficacité technique ou productive, à savoir la capacité de produire une activité donnée avec le moins de ressources possibles et efficacité allocative, c'est-à-dire le choix de mobiliser des ressources pour produire les activités qui maximisent la performance. Les objectifs d'équité et de service public limitent l'efficience allocative, les hôpitaux publics devant intégrer les impératifs de service public dans leurs choix d'activité. L'objectif d'équilibre macroéconomique implique quant à lui de payer le juste coût et de s'assurer de la pertinence des actes et séjours pour maîtriser les dépenses.

Les deux articles proposés dans ce dossier étudient, d'une part, les déterminants de la rentabilité économique des établissements de santé et, d'autre part, l'évolution de la productivité des hôpitaux publics sur la période récente. Ils sont donc complémentaires.

Le premier article a pour but d'identifier les facteurs susceptibles d'expliquer l'hétérogénéité des situations économiques des établissements. S'il est possible d'inciter les établissements à jouer sur certains facteurs (facteurs organisationnels notamment), d'autres s'imposent à eux. Notamment, le choix des activités est largement constraint par l'offre disponible alentour et le statut de l'établissement. Ainsi, les hôpitaux de proximité doivent offrir la gamme de soins la plus large possible, d'autant plus s'ils sont isolés, alors même que l'on montre que la spécialisation est source de profit. Cette étude peut donc contribuer à la réflexion sur le modèle de financement des soins hospitaliers en ciblant les établissements aux caractéristiques particulières qui pourraient faire l'objet de mesures spécifiques.

Le second article traite de la mesure de la productivité des hôpitaux publics. Afin d'assurer leur mission de service public, ils ne peuvent agir sur leur structure d'activité pour améliorer leur performance, mais à structure donnée ils peuvent réaliser des gains de productivité permis par le progrès technique et une allocation des ressources plus efficace. Il est donc utile de quantifier cette augmentation de la productivité et de décrire également l'évolution des écarts de productivité entre établissements.

Les déterminants de la rentabilité des établissements de santé

Franck EVAIN, Engin YILMAZ

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

L'objet de cette étude est d'identifier les déterminants de la rentabilité et par là de comprendre l'hétérogénéité des situations financières des établissements de santé à travers une approche multivariée, en intégrant des facteurs structurels (activités, facteurs de production) et contextuels. Plusieurs sources, à la fois comptables, administratives et médicales, ont été mobilisées. L'échantillon retenu est constitué d'hôpitaux publics et de cliniques privées à but lucratif ayant une activité de court séjour entre 2005 et 2009. Les résultats mettent en évidence, outre l'importance des facteurs « organisationnels » (taux d'occupation des lits, durée de séjour, quantité de personnel), l'impact de la spécialisation sur la performance économique. Cet effet gamme profiterait davantage aux cliniques privées qu'aux hôpitaux publics généralistes.

Depuis plusieurs décennies, la maîtrise des dépenses de santé constitue une préoccupation en France comme dans les autres pays développés, préoccupation renforcée dans la période récente. Ces dépenses, dont les soins hospitaliers constituent l'un des principaux moteurs, croissent en effet de manière soutenue, bien que le rythme ait ralenti ces dernières années. Les déterminants de cette croissance ont été étudiés à de multiples reprises et trois facteurs fondamentaux sont souvent évoqués : l'évolution de l'état sanitaire, le niveau de vie et l'innovation. Mais d'autres facteurs, liés à l'organisation et à la régulation de l'offre de soins, jouent également un rôle dans l'augmentation des dépenses de santé (Albouy *et al.*, 2009).

Pour limiter cette hausse, dans le cadre d'un Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé par le Parlement, différentes politiques ont été mises en œuvre afin de réguler l'offre et la demande de santé, en agissant notamment sur l'organisation de

l'offre et la rémunération des « offreurs » de soins. La gestion des hôpitaux s'inscrit pleinement dans ce mouvement général de recherche d'efficience au sein du système de santé.

La performance économique, un critère de régulation

Dans ce contexte de maîtrise des dépenses, indispensable pour assurer la pérennité du système d'assurance maladie (IGAS-IGF, 2012¹), les établissements de santé sont confrontés à plusieurs défis : ils doivent offrir des soins de qualité à toutes les personnes qui en ont besoin tout en veillant à une mobilisation au plus juste de leurs ressources (effectifs et plateaux techniques) pour limiter les coûts. Ces défis sont à la fois organisationnels et économiques. De ce fait, la performance est multidimensionnelle et renvoie à la pertinence et à la qualité des soins, à l'égalité d'accès et à l'efficience médico-économique.

1. Rapport réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et par l'Inspection générale des finances (IGF) en 2012, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDAM-IGAS-IGF_juin2012.pdf

Le critère économique apparaît de plus en plus dans les débats sur l'hôpital, principalement à travers les concepts d'efficience et d'efficacité. Les critères économiques et de gestion font d'ailleurs partie intégrante des dernières réformes. En 2009, l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a ainsi été mise en place. Son objectif est d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à moderniser leur gestion, à optimiser leur patrimoine immobilier et à accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses tout en améliorant le service rendu aux patients. Pour ce faire, elle élabora des recommandations et des outils dont elle assure la mise en œuvre. L'idée sous-jacente est qu'une meilleure organisation permet de produire la même activité avec moins de ressources (efficacité technique).

C'est aussi dans cet esprit qu'a été introduite depuis 2004 la tarification à l'activité (T2A) pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, réforme qui a profondément modifié le financement des établissements de santé. La mise en place de cette réforme s'est accompagnée à partir de 2004 de la possibilité pour les établissements de santé de signer des « contrats de retour à l'équilibre financier » (CREF) avec les agences régionales d'hospitalisation (ARH), puis les agences régionales de santé (ARS) créées en 2010. Ils s'y engagent à équilibrer leur budget, dans un cadre toutefois réglementé par les pouvoirs publics, qui fixent l'augmentation annuelle des dépenses de santé par le biais de l'ONDAM. Les établissements sont notamment incités à optimiser leurs coûts, maîtriser les durées de séjour, procéder à des prises en charge ambulatoires, etc. (Cash *et al.*, 2011). C'est donc toute leur stratégie qui est touchée par cette réforme. Dans ce cadre, la comptabilité analytique devient un outil indispensable aux établissements de santé pour analyser conjointement les recettes et les coûts d'une activité médicale donnée. Elle est encore insuffisamment développée, comme l'a souligné la mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale (rapport du Sénat n° 703, 2011-2012²).

Enfin, le plan Hôpital 2012 intègre également cette notion de performance économique, en associant des critères économiques aux décisions d'investissement³. En effet, ces décisions étaient auparavant soumises aux seuls critères d'efficience dans les domaines sociaux, de sécurité, de qualité environnementale, et d'organisation des soins. Désormais, tout projet d'in-

vestissement hospitalier doit intégrer la recherche de l'efficience par la mobilisation de ressources propres et par une programmation budgétaire réaliste et cohérente avec les enjeux d'équilibre financier d'exploitation. L'efficience hospitalière est ainsi placée au cœur du projet.

Dans ce contexte où les dimensions économiques et financières sont très présentes, le régulateur intervient à travers la politique tarifaire en fixant le prix de chaque prestation pour le secteur public et le secteur privé. Ces tarifs sont élaborés à partir de l'étude nationale des coûts, mais aussi de diverses orientations fixées par le ministère de la Santé visant à développer certaines pratiques (chirurgie ambulatoire notamment). Au début de la mise en œuvre de la T2A, l'IGAS préconisait d'intégrer le critère de rentabilité financière dans la régulation (Aballea *et al.*, 2006). Aujourd'hui, ce critère n'apparaît pas directement, mais les éléments financiers sont toutefois suivis de près par les acteurs de la régulation. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui a pour mission de piloter techniquement le dispositif de financement et de calculer les tarifs et les coûts des prestations, suit en effet la situation économique et financière des établissements. Ces dernières années, de nombreux travaux se sont intéressés à la problématique du coût de prise en charges de certaines pathologies (De Pouvourville, 2009). D'autres travaux se sont attachés à étudier les indicateurs mesurant le degré de performance économique des établissements de santé, (Yilmaz, 2011). Ces derniers travaux descriptifs ont mis en évidence une situation déficitaire des hôpitaux publics, avec toutefois un redressement de leurs comptes financiers depuis 2008. S'agissant des cliniques privées, leur situation est globalement excédentaire, avec un bénéfice global qui représente 1,7 % du chiffre d'affaires en 2010 (Thuaud, 2012). Au-delà de ces constats globaux, ces travaux soulignent de fortes disparités en termes de santé financière au sein de chaque secteur. Une hétérogénéité qui peut provenir de différents facteurs, notamment les activités réalisées ou les facteurs de production utilisés. Le présent Panorama des établissements de santé propose une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. L'ouvrage fournit des informations sur l'activité, les capacités, les personnels et leurs rémunérations, et propose des zooms pour apprécier la spécialisation du secteur hospitalier.

2. <http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-7031.pdf>

3. Circulaire n° DHOS/F/2007/248 du 15 juin 2007.

Ayant ainsi à disposition, d'un côté, des indicateurs sur la rentabilité économique et, de l'autre, des éléments susceptibles de l'expliquer, cette étude mobilise ensemble ces informations afin d'apporter un éclairage sur les déterminants de la rentabilité économique des établissements de santé (voir encadré 1). L'objectif est d'identifier, à partir de données sur les établissements de santé français, les facteurs susceptibles d'expliquer l'hétérogénéité de leurs situations économiques. La mise en place de la T2A n'est ici qu'un élément de contexte. Cette analyse de la rentabilité économique tient compte des facteurs structurels de l'établissement (activités, facteurs de production, spécialisation) et des facteurs contextuels (concurrence, part de marché - Chalé et Métral, 2001). En outre, elle devrait idéalement tenir compte de la qualité des soins délivrés. Malheureusement, même si de nombreux indicateurs de

qualité ont été développés, il s'agit plus d'indicateurs de qualité de certains processus que d'indicateurs de qualité globale des soins. Ils ne peuvent donc pas vraiment être mobilisés pour mesurer la performance qualitative des établissements. Néanmoins, il ne semble pas que la qualité des soins se soit dégradée depuis la mise en place de la T2A. Les résultats de l'enquête nationale sur les événements indésirables graves à l'hôpital (enquête ENEIS réalisée par la DREES en 2004 et 2009) montrent une stabilité entre 2004 et 2009, alors même qu'une partie des experts s'attendait à une hausse de la fréquence des événements indésirables sur cette période du fait de la modification de la structure d'âge des patients hospitalisés, de la complexité technique des actes et des prises en charge, et des modifications des conditions de travail liées notamment aux réorganisations (DREES, 2011b ; Michel *et al.*, 2011).

ENCADRÉ 1 ● Méthodologie

Sources

Cette étude s'appuie sur une base de données qui est le fruit de l'appariement original de trois sources différentes : données comptables et financières, données d'activité et données relatives aux facteurs de production.

Les données comptables et financières des établissements sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP) pour les entités juridiques des hôpitaux publics et par la COFACE pour les cliniques privées à but lucratif. Ces dernières déposent leurs liaises fiscales auprès des tribunaux de commerce. À partir de ces sources, deux indicateurs sont potentiellement utilisables pour mesurer la rentabilité : la marge nette et la marge d'exploitation. La marge nette mesure le rapport entre le résultat net comptable (différence entre le total des recettes et le total des charges) et le chiffre d'affaires. Cet indicateur composite peut être subdivisé en trois sous-indicateurs (résultats d'exploitation, financier et exceptionnel). La marge d'exploitation, qui mesure le rapport entre le résultat d'exploitation et le chiffre d'affaires, enregistre les opérations (recettes et charges) qui font référence à l'activité hospitalière. Au regard de notre objectif d'analyser les performances à travers notamment l'activité, nous avons privilégié la marge d'exploitation puisqu'elle se concentre sur le cœur de métier de l'établissement de santé, tandis que la marge nette fait intervenir des éléments comptables à la fois financiers et exceptionnels. La marge d'exploitation peut ainsi être assimilée au résultat comptable que l'établissement réalise via son activité de soins. Ce n'est donc ni une fonction de coût que l'on cherche à modéliser, ni une fonction de production, mais une fonction de profit. Cet indicateur ne fait pas intervenir les éléments comptables ne résultant pas de l'activité de soins de l'établissement. Les recettes d'exploitation correspondent principalement, pour les deux secteurs, aux recettes liées à l'activité hospitalière (hospitalisation, urgences, etc.). Toutefois, les recettes liées aux consultations externes sont enregistrées uniquement dans les recettes des hôpitaux publics ; pour les cliniques privées, les recettes des consultations externes sont versées directement aux médecins libéraux sous forme d'honoraires. Ces recettes d'exploitation regroupent à la fois les recettes tarifées à l'activité (le court séjour : médecine, chirurgie, obstétrique - MCO), les dotations pour financer les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation et les financements additionnels. Dans les recettes d'exploitation, les dotations MIGAC¹ couvrent les missions d'intérêt général – MIG (missions enseignement recherche, innovation, permanence des soins, prise en charge de la précarité, etc.) ainsi que l'aide à la contractualisation – AC. Cette dernière composante intègre des mesures nationales et régionales, et notamment des mesures de soutien financier aux établissements. Dans l'ensemble des recettes d'exploitation, ces dotations AC font donc figure d'exception en n'étant pas directement liées à l'activité hospitalière. Par ailleurs, les critères d'attribution de ces enveloppes AC sont hétérogènes entre les régions. Aussi, par souci de cohérence avec la démarche de l'étude qui vise à éclairer la rentabilité de l'activité de soins, les crédits AC ont été retirés des recettes des établissements.

Quant aux charges d'exploitation, elles englobent les charges de personnel, les charges à caractère médical, les charges à caractère hôtelier et général ainsi que les dotations aux amortissements, les dépréciations et les provisions. Ces charges recouvrent les mêmes éléments au sein des deux secteurs à l'exception des charges du personnel médical qui sont incluses dans les hôpitaux publics sous forme de salaires alors qu'elles n'interviennent pas dans le champ des cliniques privées, les médecins y pratiquant en exercice libéral et étant rémunérés sous forme d'honoraires.

••• Les données relatives à l'activité et aux facteurs de production sont issues de deux sources : le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le PMSI recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence, etc.), et des séjours (diagnostics, actes réalisés pendant le séjour, etc.). Produit à la sortie du patient, le compte-rendu de son hospitalisation détermine le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malade (GHM). La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France. Elle renseigne entre autres sur leurs facteurs de production, à savoir les capacités en lits et places, les équipements et les personnels intervenants. En outre, cette source de données permet de décrire l'activité en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces deux sources d'informations permettent d'obtenir des informations sur le *case-mix* des établissements de santé, c'est-à-dire l'éventail des pathologies traitées.

Champ

Le champ de cette étude concerne essentiellement le court séjour, c'est-à-dire la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO). La réforme de la T2A s'appliquant pour le moment à ces seules activités, l'analyse a été centrée dans la mesure du possible sur ce champ. Toutefois, les bases de données comptables ne permettant pas d'isoler les disciplines une par une, le champ retenu comprend les établissements réalisant des activités de court séjour, de psychiatrie ou de soins de suite et de réadaptation. Parmi ceux-ci, seuls les établissements dont plus de la moitié de l'activité (en nombre de séjours) est consacrée au court séjour ont été conservés. Sont donc exclus les cliniques psychiatriques ou les établissements réalisant uniquement des soins de suite, par exemple. Par ailleurs, le PMSI-MCO étant la principale source d'informations détaillées sur l'activité, les établissements de santé qui ne l'ont pas rempli de manière exhaustive sur la période (hôpitaux locaux et services santé des armées) ont été retirés. Enfin, le dernier filtre appliqué consiste à exclure l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Cette entité, par sa taille et ses activités, présente des caractéristiques totalement atypiques au regard des autres établissements de l'échantillon.

L'analyse des déterminants de la performance des établissements de santé a été menée séparément pour le secteur public d'une part et le secteur privé d'autre part, compte tenu des missions spécifiques principalement dévolues au secteur public (permanence des soins, enseignement, etc.). À la lumière de plusieurs travaux, il semblait en effet peu probable que des structures aux statuts différents partagent la même fonction de production et la même fonction de profit. Ainsi, contrairement aux cliniques privées à but lucratif, l'objectif des hôpitaux publics n'est pas de maximiser leur profit, mais plutôt de maximiser le bien-être public.

1. Ministère de la Santé, rapport 2011 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC).

L'étude de la rentabilité des établissements apparaît complémentaire des précédents études sur le secteur hospitalier en France qui portent principalement sur l'analyse de la productivité ou des coûts (voir encadré 2). En effet, ces études valorisent généralement l'activité produite par les établissements de santé à partir de données de coût et n'intègrent pas en tant que tels les tarifs dans leurs analyses. Ces méthodes permettent ainsi de mesurer l'efficience des établissements hors effets liés aux changements de grille de financement sur la période. Ainsi, de telles méthodes permettent d'estimer qu'entre 2003 et 2009, les hôpitaux publics ont amélioré leur productivité de près de 2 % par an (Yilmaz et Frikha, 2012).

L'étude d'un indicateur de résultat comptable (la marge d'exploitation, rapport du résultat d'exploitation au chiffre d'affaires) a au contraire pour but d'inclure explicitement cette dimension régulatrice dans l'analyse. Prendre en compte les recettes réelles plutôt que des recettes théoriques (quand l'activité est valorisée via les coûts) permet de mesurer le résultat d'une interaction complexe entre d'une part les établissements

de santé qui cherchent à améliorer leur efficience, et d'autre part le régulateur qui fixe les tarifs et détermine donc par ce biais une grande partie de l'évolution des recettes des établissements. La question qui se pose est celle de la fixation adéquate du montant remboursé par catégorie de soins et cette approche permet à la fois de mettre en évidence les sources d'efficacité-coût des établissements et de distinguer les segments d'activités rentables de ceux non rentables.

Évidemment, le concept de rentabilité ne peut être entendu de la même façon pour les établissements de santé et pour les autres entreprises. Il n'est pas non plus équivalent pour les hôpitaux publics d'une part et les cliniques privées d'autre part. Il ne s'agit en effet pas d'éliminer les activités non rentables mais bien de les identifier pour mieux comprendre les disparités de situation. Elles peuvent être liées à la nécessité d'assurer un accès à des soins spécifiques, à des populations particulières, etc.

Au total, les résultats d'une telle étude ne peuvent cependant pas expliquer sans ambiguïté les variations de marges d'exploitations observées entre établisse-

ENCADRÉ 2 ● Différentes approches de la performance économique

Dans cette étude, la performance économique est appréhendée à partir d'une fonction de profit qui mesure le rapport entre le résultat d'exploitation (différence entre recettes et charges) et le chiffre d'affaires.

Peu d'études abordent la problématique hospitalière sous cet angle, les recherches étant plus souvent axées sur les questions de productivité ou de coût (Balsan, 2002 ; Dormont et Milcent, 2011 ; Studer, 2012). Didier Balsan a ainsi analysé les facteurs explicatifs du coût unitaire de l'activité hospitalière, mesuré par la valeur du point d'indice d'activité. Les travaux de Dormont et Milcent et ceux de Studer se sont intéressés à comparer la productivité et l'efficacité des établissements de santé et à mesurer la productivité hospitalière en estimant une fonction de production. La productivité mesure la capacité d'une unité de production à transformer des ressources physiques en une production. Il en ressort que les hôpitaux publics seraient moins productifs que les cliniques privées et les hôpitaux participant au service public hospitalier (PSPH). Cette plus faible productivité s'expliquerait par la sur-dimension de ces établissements, les caractéristiques des patients et les caractéristiques de la production (Dormont et Milcent, 2011). Par ailleurs, la période 2003-2009 marque un accroissement de la productivité des hôpitaux publics, avec des gains plus importants pour les hôpitaux les moins productifs initialement (Studer, 2012 ; Yilmaz et Frikha, 2012).

Mais, malgré tout l'intérêt d'analyser la productivité, ce concept fournit un aspect partiel de la performance économique (Leleu et Dervaux, 2005). En effet, l'évolution de la productivité n'est pas reliée directement avec l'efficacité allocative, c'est-à-dire la maximisation des profits. « Un établissement peut ainsi avoir intérêt à augmenter sa taille pour augmenter davantage son profit, alors que ce faisant il diminue sa productivité. L'argument intuitif est que même si la productivité diminue, toute production supplémentaire est profitable tant que le revenu associé reste supérieur au coût associé ». Ainsi, bien que la gestion des coûts soit essentielle, ne serait-ce que pour maîtriser les dépenses de santé, la stratégie des établissements doit s'intéresser aux revenus générés par l'activité. Dans ce cadre, la maîtrise des coûts n'est que l'un des facteurs explicatifs de la performance économique. D'autres facteurs, jouant sur le revenu, deviennent primordiaux pour la réussite financière des établissements de santé (Gapenski *et al.*, 1993).

ments, les résultats pouvant soit traduire une meilleure efficacité des établissements ayant telle caractéristique ou activité, soit une conséquence des choix de régulation. Une telle approche semble cependant adaptée à la problématique actuelle de la régulation du secteur hospitalier. L'un des enjeux d'une concurrence par comparaison est, dans un contexte d'information imparfaite, de fixer le prix d'un produit s'approchant du coût effectif (difficilement observable) d'un établissement jugé efficace dans la production de ce produit, afin de réduire les rentes laissées par le régulateur public aux établissements, tout en incitant à plus d'efficacité. En mettant en évidence les déterminants de la rentabilité des établissements et en distinguant les segments d'activités rentables de ceux non rentables, ces premiers résultats peuvent apporter un éclairage utile au régulateur.

Aux Etats-Unis et en Allemagne, la mise en place du système de *prospective payment* a conduit à mener des recherches similaires sur la performance économique des établissements de santé, dès lors que ceux-ci ont été rémunérés suivant leur activité (Augursky *et al.*, 2006 ; Younis *et al.*, 2005 ; Rosko et Carpenter, 1994). Un riche corpus de la littérature a analysé le rôle du sta-

tut juridique (établissements à but non lucratif ou non) et le pouvoir du marché pour expliquer les différences de performance économique entre établissements de santé (Shen *et al.*, 2006). Quatre catégories de variables influant sur la performance sont généralement mises en évidence : organisationnelles, managériales, *case-mix*⁴ et facteurs de marché (Gapenski *et al.*, 1993 ; Audibert *et al.*, 2008). Les facteurs organisationnels font référence aux caractéristiques fondamentales de l'établissement (taille, statut, mission d'enseignement, etc.). Les variables managériales reflètent la stratégie d'allocation des ressources, d'optimisation des coûts et d'investissement (renouvellement des immobilisations, dettes, intensité du travail, etc.). Les variables de *case-mix* décrivent l'activité de l'établissement du point de vue tant de l'éventail des pathologies traitées que des caractéristiques des patients. Et enfin les facteurs de marché (concentration des hôpitaux, salaire moyen, densité de médecins, revenus des patients, etc.) reflètent à la fois les caractéristiques socio-économiques de l'environnement et la concurrence.

À partir de tous ces éléments, nous avons défini trois grands types de déterminants pouvant avoir un impact sur la rentabilité des établissements de santé et pour

4. *Case-mix* : éventail des cas traités.

lesquels l'information était disponible dans les bases de données mobilisées : déterminants liés à l'environnement, aux facteurs de production et à l'activité.

Les indicateurs environnementaux

En premier lieu, les facteurs environnementaux choisis ici regroupent à la fois la demande de soins et l'offre de soins hospitaliers, ces deux aspects pouvant avoir un impact sur la rentabilité. L'intensité de la demande de soins est prise en compte à la fois à travers le degré d'urbanisation de la zone géographique dans laquelle se situe l'établissement de santé, et la précarité de la patientèle potentielle de l'établissement, approchée ici par la part de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) dans le département. Quant à l'offre hospitalière, elle est caractérisée par l'intensité concurrentielle mesurée ici par le nombre d'établissements (ou de lits et places) situés dans un rayon de 50 km.

Les indicateurs liés aux facteurs de production

Les indicateurs sur les facteurs de production des établissements de santé sont constitués notamment d'informations sur le personnel, sur les capacités d'accueil, sur le salaire moyen ainsi que de ratios de gestion relatifs aux taux d'encadrement, c'est-à-dire le nombre de personnels calculé en équivalent temps plein (ETP) par lit/place. Le salaire moyen a été approché, à partir des données comptables, en rapportant la masse salariale sur les ETP et en le ventilant pour le secteur public suivant le personnel médical et le personnel non médical⁵.

Deux caractéristiques spécifiques ont également été introduites dans l'analyse. D'une part, les missions d'enseignement et de recherche financées par les MIG sont prises en compte en intégrant une variable dichotomique prenant la valeur 1 si l'établissement est un CHU et 0 dans le cas contraire. Et d'autre part, les missions de permanence des soins, financées sous forme de dotations et de forfaits annuels, sont approchées dans notre étude par l'existence d'un service d'urgences.

Les indicateurs liés à l'activité

Les principales variables d'activité qui ont été retenues dans l'analyse permettent de dresser un éventail assez large du *case-mix* de l'établissement, en termes

notamment de spécialisation ou de diversification de l'activité et d'efficacité. Elles sont pour la plupart issues du PMSI-MCO et se concentrent donc principalement sur ces trois disciplines (médecine, chirurgie et obstétrique), même si l'établissement peut faire par ailleurs – dans un moindre volume – du SSR ou de la psychiatrie. Ont ainsi été retenues la part des différentes disciplines (médecine, chirurgie et obstétrique) dans l'activité totale de court séjour, mesurée en nombre de séjours, et la proportion de « cas lourds » sur l'ensemble des séjours. Ce dernier indicateur est issu de la variable « lourdeur » de la nomenclature OAP (Outil d'analyse du PMSI), qui considère comme lourd un GHM dont les prises en charge nécessitent le recours soit à une expertise médicale et/ou chirurgicale spécifique, soit à un plateau technique particulier. Aucune des prises en charge de moins de 24 heures n'est considérée comme lourde. Comme indicateur caractérisant la patientèle, la part des séjours pour lesquels le patient est âgé de plus de 75 ans a été retenue, sachant que les soins liés à ces patients relèvent davantage de soins de proximité que d'activités de pointe.

Enfin, on dispose de trois indicateurs permettant de mesurer la spécialisation et la diversification des établissements de santé (Kerleau *et al.*, 2005). Le premier correspond au nombre de produits OAP nécessaires pour atteindre 80 % de l'activité. Dans le PMSI-MCO, les séjours ayant des caractéristiques communes sont en effet regroupés au sein de groupes homogènes de malades (GHM). La nomenclature OAP permet de regrouper ces GHM en deux cents « produits » (cataracte, AVC, etc.) eux-mêmes regroupés en une vingtaine de segments (ophtalmologie, pneumologie, etc.). Si un établissement réalise 80 % de son activité à travers quelques produits seulement, cela signifie qu'il est très spécialisé. À l'inverse, si la majeure partie de son activité ne peut pas se résumer à quelques produits, cela signifie qu'il a une activité diversifiée. L'intérêt principal de la nomenclature OAP est qu'elle permet d'observer des évolutions longitudinales, puisqu'elle s'adapte aux changements fréquents de version des GHM. C'était du moins le cas avant la version 11, à laquelle elle n'a pas été adaptée. Cela ne pose toutefois pas de problème ici, puisqu'on dispose du groupage en version 10c sur l'ensemble des années étudiées. Les autres indicateurs de spécialisation que l'on mesure sont d'ailleurs également calculés à partir de cette nomenclature OAP. Il s'agit des

5. Des différences de champ entre les données SAE et les données comptables (notamment pour le personnel intérimaire) ne permettent pas de mesurer exactement un salaire moyen à partir de ces deux sources. On peut cependant considérer que les ordres de grandeur ainsi obtenus suffisent pour les besoins de l'étude.

ENCADRÉ 3 ● La décomposition de l'entropie

Nous nous sommes inspirés des travaux de Kerleau, Le Vaillant et Or (2005) pour décrire la diversification de l'activité via cet indicateur d'entropie. Celle-ci est mesurée grâce à la nomenclature OAP, qui regroupe les GHM en « produits » (cataracte, AVC, etc.), puis ces « produits » en « segments » correspondant la plupart du temps à des organes (ophtalmologie, pneumologie, etc.).

Soit un établissement dont l'activité est décomposée en P produits OAP correspondant à S segments d'activité ($P \geq S$). On mesure l'entropie totale selon la formule suivante :

$$E_T = \sum_{p=1}^P S_p \ln \frac{1}{S_p} \quad \text{où } S_p = \text{part du produit } p \text{ dans l'activité totale}$$

La mesure de cette diversification peut aussi être exprimée comme la somme de deux composantes, d'une part l'entropie inter-segments qui mesure la diversification entre les segments d'activité, et d'autre part l'entropie intra-segments qui correspond à la diversification au sein de chaque segment.

L'entropie « inter » s'obtient ainsi de la même manière que l'entropie totale, et l'entropie « intra » par soustraction entre entropie totale et entropie « inter » :

$$E_{\text{inter}} = \sum_{s=1}^S S_s \ln \frac{1}{S_s} \quad \text{où } S_s = \text{part du segment } s \text{ dans l'activité totale} = \sum_{p \in s} S_p$$

$$E_{\text{intra}} = E_T - E_{\text{inter}}$$

Ainsi, certains établissements peuvent par exemple étendre leur activité sur un spectre restreint de domaines médicaux et chirurgicaux (entropie inter faible) et avoir pour ces quelques domaines une stratégie de gamme étendue (entropie intra forte) ou au contraire une stratégie de niche resserrée sur quelques produits (entropie intra faible).

		Entropie Inter	
		-	+
Entropie Intra	-	Stratégie de niche : peu de segments, peu de produits (exemple : clinique ophtalmologique qui ne traiterait que les cataractes)	Stratégie de niches : beaucoup de segments, peu de produits (exemple : polyclinique qui ne traiterait que les cataractes en ophtalmologie, que les amygdialectomies en stomatologie, etc.)
	+	Stratégie de gamme : peu de segments, beaucoup de produits (exemple : clinique ophtalmologique traitant toutes les pathologies (cataractes, chirurgie ophtalmique lourde, etc.)	Stratégie très diversifiée : beaucoup de segments, beaucoup de produits (exemple : CHU, qui traitent toutes les pathologies)

variables d'entropie inter-segments et d'entropie intra-segments, qui permettent de distinguer les différents types de spécialisation ou de diversification de l'activité (voir encadré 3). La spécialisation des établissements de santé au cours de ces dernières années a augmenté (Lombardo, 2008). Ces indicateurs de diversification – et donc de spécialisation – permettent d'en tester l'impact sur la rentabilité.

Les consultations externes, qui représentent parfois une part importante de l'activité, ont été prises en compte en valeur à partir des données comptables. Cette variable mesure donc le poids des recettes liées

à ces consultations dans le chiffre d'affaires. Cet indicateur n'a toutefois pas de sens dans les cliniques privées, puisque les consultations sont réalisées en libéral au cabinet des médecins qui y travaillent. L'essentiel des honoraires leur revient donc.

Afin de tenir compte des contraintes liées aux missions d'intérêt général – MIG – (enseignement, recherche, référence, innovation, participation aux missions de service public, mise en œuvre des politiques publiques), une variable mesurant le poids des financements reçus à ce titre au sein des recettes d'exploitations a été intégrée.

La rentabilité économique d'un établissement de santé pourrait s'expliquer aussi par l'investissement mis en œuvre afin de dynamiser son activité. Cet effet est appréhendé, ici, en rapportant l'investissement réalisé l'année précédente au chiffre d'affaires. Toutefois, il est évident que cette étude ne peut avoir l'ambition de tester l'impact de l'investissement sur la rentabilité. Une telle ambition nécessiterait de mobiliser des données comptables plus fines et sur des séries temporelles plus longues. Cet indicateur d'investissement doit donc plutôt être considéré comme une simple variable de contrôle.

Deux variables ont été construites pour rendre compte de l'efficacité des établissements en termes d'organisation des soins. Le premier rapporte la durée moyenne de séjour (DMS) effective à la durée moyenne de séjour théorique. Cette durée théorique est celle que l'on obtiendrait si l'établissement appliquait les DMS nationales à son propre *case-mix*. Sans cette standardisation, il serait en effet difficile de comparer les DMS de deux établissements traitant des pathologies totalement différentes. Ainsi, un indice inférieur à 1 correspond à une DMS plus faible que la moyenne, hors effet *case-mix*. Symétriquement, un indice supérieur à 1 correspond à une DMS plus élevée que la moyenne, hors effet *case-mix*. Notons toutefois que cet indice n'indique rien sur la qualité des soins, qui n'est pas prise en compte dans cette étude faute de données suffisantes. Un indice faible, s'il traduit une bonne optimisation des ressources, n'est donc pas forcément un gage de qualité des soins. À l'inverse, on pourrait aussi considérer qu'à performance médicale identique, une baisse de la durée de séjour peut s'assimiler à une amélioration de la qualité des soins, les patients préférant rentrer chez eux plutôt que rester inutilement à l'hôpital. Il serait donc hasardeux d'essayer d'interpréter l'évolution des DMS en faisant référence à la qualité des soins.

Le deuxième indicateur se concentre sur la chirurgie et rapporte le taux de chirurgie ambulatoire effectif au taux de chirurgie ambulatoire théorique. La prise en charge en ambulatoire étant celle qui s'effectue sans nuitée, elle nécessite là aussi une bonne organisation des soins. De la même manière donc, un indice de chirurgie ambulatoire supérieur à 1 indique une part d'ambulatoire en chirurgie supérieure à la moyenne, à *case-mix* constant. Et un indice inférieur à 1 indique une

part d'ambulatoire en chirurgie inférieure à la moyenne, à *case-mix* constant. Notons qu'un établissement ayant une structure d'activité orientée sur des pathologies traitées le plus souvent en ambulatoire peut toutefois avoir un indice inférieur à 1 malgré une activité ambulatoire élevée, si cette part d'ambulatoire est inférieure à celle des établissements orientés sur les mêmes pathologies. Cet indicateur ne s'interprète donc pas directement comme l'impact de l'ambulatoire sur la rentabilité, mais plutôt comme un indicateur de bonne organisation de l'établissement, sous l'hypothèse que la chirurgie ambulatoire est plus efficiente que l'hospitalisation complète quand les deux alternatives sont possibles.

D'autres indicateurs ont été calculés mais finalement écartés, soit parce qu'ils n'apportaient pas un éclairage suffisant, soit parce qu'ils étaient redondants. Il s'agit par exemple de variables caractérisant la zone dans laquelle est située l'établissement (PIB par habitant, densité de population, etc.), ou, plus souvent, d'indicateurs spécifiques à l'établissement (indicateur sur les plateaux techniques, âge moyen des patients, part des patients non-résidents de la région, etc.).

La marge d'exploitation des hôpitaux publics se rapproche de celle des cliniques privées

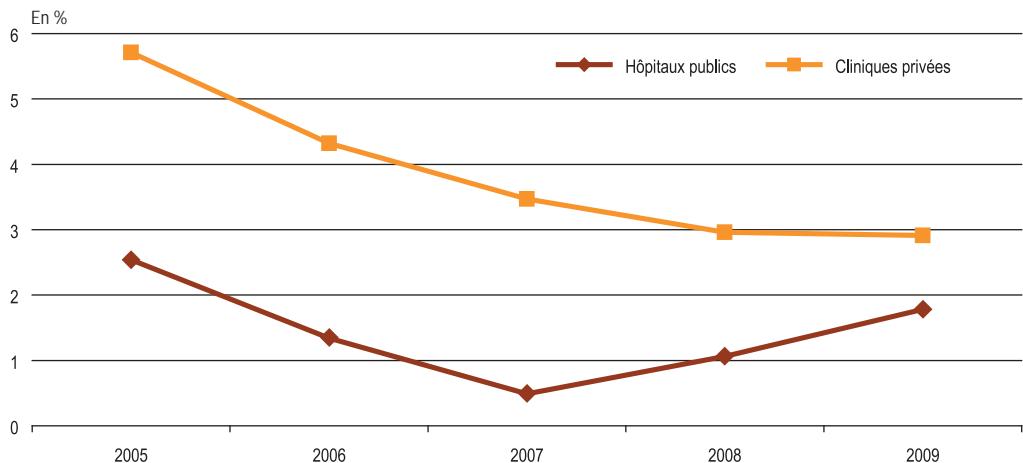
Les statistiques suivantes sont calculées à partir des établissements figurant dans l'échantillon, c'est-à-dire les hôpitaux publics et les cliniques privées présents sur l'ensemble de la période 2005-2009 et dont plus de la moitié de l'activité est consacrée au court séjour, hors hôpitaux locaux, service de santé des armées et AP-HP⁶.

Cette marge suit la même évolution dans les deux secteurs entre 2005 et 2007, soit une baisse significative (voir graphique 1). Entre 2007 et 2009 en revanche, si les cliniques privées voient encore leur marge diminuer légèrement, on assiste à un rebond dans le secteur public. Au final, avec des marges respectives de 1,8 % et 2,9 % en 2009, l'écart entre hôpitaux publics et cliniques privées s'est considérablement resserré puisque cet écart était supérieur à 3 points en 2005.

Ces évolutions masquent toutefois des situations très divergentes au sein de chaque secteur. Notamment dans le secteur privé où l'écart type est deux fois plus élevé que dans le secteur public, signe de situations éco-

6. Quelques cliniques présentes en début de période et dont la situation financière s'est détériorée au point de disparaître (que la disparition soit effective ou que la clinique soit absorbée par une autre clinique) ne figurent donc pas dans l'analyse. L'une des conséquences est que l'on obtient des marges d'exploitation légèrement plus élevées que celles que l'on aurait obtenues en conservant tous les établissements. Les conséquences sont toutefois très marginales sur les résultats de l'étude.

GRAPHIQUE 1 • Évolution de la marge d'exploitation



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI, DGFiP/COFACE-Comptes, traitement DREES.

nomiques très hétérogènes. En 2009, près de 30 % des cliniques souffrent ainsi d'un déficit d'exploitation, quand dans le même temps 33 % ont une marge d'exploitation supérieure à 5 %. La distribution des marges est plus resserrée pour les hôpitaux publics, dont 23 % sont en déficit d'exploitation et 16 % sont au-delà des 5 %.

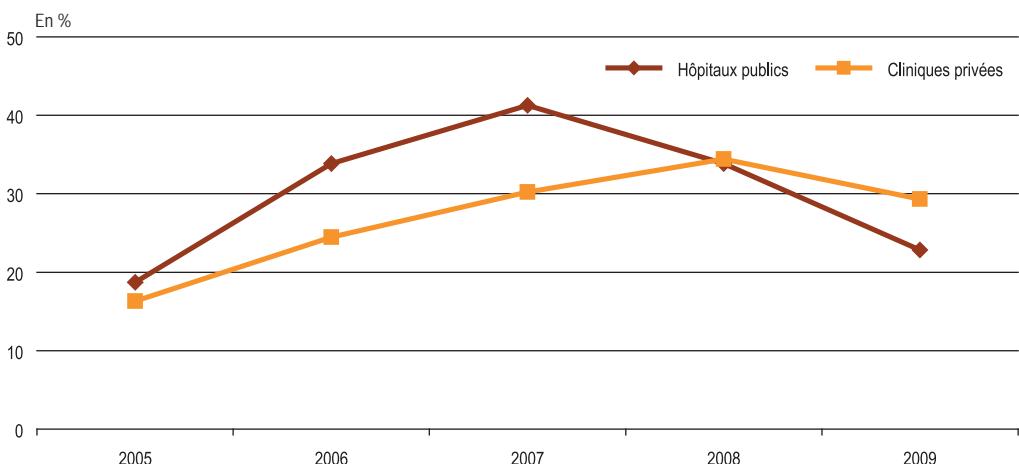
De plus en plus d'établissements en déficit récurrent

Au sein de notre échantillon (établissements de santé présents sur l'ensemble de la période), la proportion d'établissements en déficit d'exploitation a d'ailleurs sin-

gulièrement augmenté depuis 2005 (voir graphique 2). Cette année là, « seulement » 16 % des cliniques et 18 % des hôpitaux publics étaient en déficit. Un pic a été atteint en 2007 pour les hôpitaux publics (41 % des hôpitaux en déficit) et en 2008 pour les cliniques (34 % des cliniques en déficit). En 2009, la situation s'est inversée puisque les cliniques sont désormais plus nombreuses en proportion à être en déficit que les hôpitaux publics. Ce phénomène se confirme en 2010 (DREES, 2012).

Mais plus qu'une situation de déficit une année donnée, ce qui est davantage préoccupant est la persistance sur plusieurs années d'un déficit que l'on peut dès lors

GRAPHIQUE 2 • Proportion d'établissements présentant un déficit d'exploitation



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI, DGFiP/COFACE-Comptes, traitement DREES.

qualifier de structurel. Ces cas sont loin d'être rares, puisque même à partir de notre panel – dans lequel ne figurent pourtant pas les établissements ayant disparu pour cause de faillite – il subsiste une part importante d'entités ayant connu un déficit d'exploitation au moins trois années sur les cinq que comporte la période d'étude. C'est le cas d'un quart des hôpitaux publics et des cliniques privées (voir tableau 1).

À l'inverse, près de la moitié des cliniques ont connu un excédent d'exploitation cinq années consécutives contre seulement un tiers des hôpitaux publics. Les évolutions montrent toutefois que même si les cliniques ont globalement de meilleures situations économiques que les hôpitaux publics, elles ont vu davantage leurs marges d'exploitation se dégrader. Ainsi, 69 % des cliniques privées figurant dans notre panel ont vu leur marge diminuer entre 2005 et 2009. C'est le cas de 55 % des hôpitaux publics.

Parmi les autres variables décrivant la situation économique des établissements, figurent notamment la part des MIGAC sur les recettes et le montant des investissements rapportés au chiffre d'affaires. Les MIGAC concernent essentiellement les hôpitaux publics⁷ et leur part dans les recettes totales est en hausse significative entre 2005 et 2009, passant de 7 % à 10 % (voir tableau 2). Le taux d'investissement suit, lui, des trajectoires opposées selon le secteur. En baisse pour les cliniques privées en raison des conditions économiques plus tendues, il augmente néanmoins dans le secteur public, les hôpitaux ayant de plus en plus recours à l'endettement pour financer les investissements nécessaires.

Des facteurs de production globalement stables sur la période

Les facteurs de production évoluent peu dans leur ensemble sur une période aussi courte. De nettes différences s'observent cependant entre les deux secteurs. Outre le fait que les hôpitaux publics disposent plus souvent d'un service d'urgences, ils ont également des capacités en lits et places beaucoup plus importantes que les cliniques privées. De plus, les lits relevant du court séjour ont des taux d'occupation plus élevés que dans le privé. On peut toutefois noter que cet indicateur est calculé uniquement sur les lits (et non les places), c'est-à-dire sur l'hospitalisation complète (et non partielle), alors que les cliniques ont une part très importante d'hospitalisation partielle.

Le taux d'encadrement, c'est-à-dire le nombre d'ETP par lit/place est lui aussi relativement stable dans les deux secteurs entre 2005 et 2009. Il est beaucoup plus important dans les hôpitaux publics pour le personnel non médical, mais d'un niveau équivalent dans les deux secteurs pour le personnel médical. La part des plus de 50 ans sur l'ensemble du personnel salarié n'est disponible qu'en 2009, avec peu de différences entre les deux secteurs⁸. Enfin, concernant le score de l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), qui s'interprète comme une dimension de la qualité des soins, on ne peut que constater la nette amélioration de la mise en œuvre des pratiques de lutte contre les infections nosocomiales sur la période étudiée, tous types d'établissements confondus. Le score ICALIN ne saurait cepen-

TABLEAU 1 ● Répartition des établissements selon leur nombre d'années en situation de déficit

Nombre d'années en situation de déficit d'exploitation	Hôpitaux publics	Cliniques privées
Aucune	32,3	46,8
Une	23,3	16,3
Deux	19,0	11,2
Trois	14,9	11,8
Quatre	8,0	8,8
Cinq	2,6	5,1
Au moins trois années	25,4	25,7

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI, DGFiP/COFACE-Comptes, traitement DREES.

7. Environ 1 % des MIGAC concernent les cliniques privées à but lucratif. Ces dotations ne sont pas identifiables dans les données comptables.

8. Toutefois, les médecins du secteur privé, qui exercent majoritairement en libéral, ne sont pas pris en compte dans cet indicateur qui n'intègre que les personnels salariés.

TABLEAU 2 ● Statistiques descriptives sur les indicateurs

	Hôpitaux publics				Cliniques privées			
	2005		2009		2005		2009	
	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type
Variables économiques								
Marge d'exploitation	2,5	3,5	1,8	4,5	5,7	7,4	2,9	6,8
Part des MIGAC sur les recettes	6,7	4,5	10,1	4,7	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Taux d'investissement	11,5	10,2	13,7	15,4	8,0	13,1	6,3	13,5
Variables d'environnement								
Taux de bénéficiaires de la CMUC dans le département	6,8	5,1	6,4	5,0	6,6	2,3	6,1	2,1
Nombre d'établissements dans un rayon de 50 km	16,7	25,0	16,7	25,0	33,1	41,0	33,1	41,0
Facteurs de production								
Présence d'un service d'urgences	0,9	0,3	0,8	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4
Nombre de lits et places MCO/PSY/SSR	431	534	434	529	135	83	144	91
Taux d'occupation des lits MCO	80,1	11,5	80,8	8,5	71,0	15,0	62,2	15,7
ETP médicaux par lit/place	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1
ETP non-médical soignant par lit/place	1,7	0,4	1,7	0,4	1,0	0,3	1,0	0,3
ETP non-médical non-soignant par lit/place	0,9	0,4	0,9	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2
Part des plus de 50 ans dans le personnel salarié	n.d.	n.d.	24,0	12,6	n.d.	n.d.	22,3	10,2
Score ICALIN	88,1	10,5	95,9	5,8	84,4	13,2	94,5	6,4
Variables d'activité								
Part des consultations externes	2,3	1,0	6,0	2,0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Part de l'activité de court-séjour	85,7	13,6	85,2	13,7	98,9	4,5	98,3	6,0
Part de la médecine dans le court-séjour	68,9	13,4	68,1	13,8	38,1	17,7	38,3	18,4
Part de la chirurgie dans le court-séjour	20,6	10,0	21,6	10,4	56,3	18,2	56,4	18,8
Part de l'obstétrique dans le court-séjour	10,5	8,9	10,3	8,7	5,7	10,8	5,3	10,8
Part des patients de plus de 75 ans	26,1	14,1	29,2	15,3	16,1	7,4	17,5	7,8
Part des cas « lourds »	16,0	4,2	16,7	4,3	13,9	8,5	14,0	9,1
Part de l'ambulatoire en chirurgie effective	20,0	11,3	24,3	12,3	37,9	14,2	46,0	14,5
Part de l'ambulatoire en chirurgie effective/théorique	0,7	0,3	0,7	0,3	1,1	0,4	1,1	0,3
Durée moyenne de séjour effective	6,9	2,0	6,7	2,0	4,7	1,3	4,5	1,1
Durée moyenne de séjour effective/théorique	1,1	0,1	1,1	0,1	0,9	0,1	0,9	0,1
Nombre de produits pour décrire 80% de l'activité	46,9	15,5	46,6	15,6	26,3	12,1	24,8	12,4
Entropie inter-segments	2,5	0,4	2,5	0,3	2,0	0,4	1,9	0,5
Entropie intra-segments	1,6	0,3	1,6	0,2	1,3	0,3	1,3	0,3

n.d. : non disponible.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI, DGFiP/COFACE-Comptes, traitement DREES.

dant résumer la qualité des soins des établissements. Les résultats de cette étude doivent plutôt s'interpréter en considérant que la qualité des soins n'est pas prise en compte.

Le volume d'activité des établissements, mesuré ici par le nombre moyen de séjours réalisés, est en hausse dans les deux secteurs. Les établissements publics figurant dans l'échantillon – et donc présents les cinq années – totalisent ainsi 8,7 millions de séjours MCO en 2009 contre 8 millions en 2005 (+9 %). Dans le secteur privé, le nombre de séjours total passe de 4,1 à 4,3 millions (+5 %). Cela traduit sur la période 2008-2009 des gains de la part de marché en court séjour

des hôpitaux publics sur les cliniques privées, notamment en chirurgie (Evain, 2011)

Développement de la chirurgie ambulatoire au sein des deux secteurs

La chirurgie ambulatoire est en net développement. Les hôpitaux publics semblent avoir fait des efforts en faveur de ce mode de prise en charge puisque le taux d'ambulatoire en chirurgie passe de 20 % en 2005 à 24 % en 2009. Ce taux reste très nettement inférieur à celui constaté dans les cliniques privées (46 % en

2009). L'une des explications de cet écart est que les séjours chirurgicaux réalisés dans les hôpitaux publics sont souvent plus complexes que dans les cliniques privées, ou qu'ils nécessitent plus souvent d'y être réalisés en urgence, ce qui se prête donc moins à une prise en charge de moins de 24h. Toutefois, même en neutralisant l'effet *case-mix* et en rapportant donc ce taux effectif au taux théorique, la différence de pratique public/privé demeure. Les hôpitaux publics ont un taux d'ambulatoire moins élevé que la moyenne (0,7), tandis qu'à l'inverse les cliniques ont un taux supérieur à la moyenne (1,1).

Des différences de *case-mix* sont également mises en évidence entre public et privé. Ainsi, la majeure partie de l'activité des hôpitaux publics concerne des séjours médicaux, tandis que les cliniques privées se focalisent davantage sur la chirurgie. De même, la part des patients âgés de plus de 75 ans est près de deux fois plus élevée dans les hôpitaux publics que les cliniques privées. Un chiffre qui est logiquement en augmentation dans les deux secteurs en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des taux de recours à l'hôpital des patients âgés de plus de 75 ans (Mouquet, 2012). Les hôpitaux consacrent également une part plus importante de leur activité aux cas « lourds », même si l'écart avec les cliniques est beaucoup moins important.

Diminution de la durée moyenne de séjour au sein des deux secteurs

On observe une diminution de la durée moyenne de séjour au sein des deux secteurs entre 2005 et 2009. Toutefois, la durée moyenne de séjour reste plus élevée dans les hôpitaux publics (6,7 jours contre 4,5 dans les cliniques en 2009). Ceci s'explique notamment par le fait que les pathologies traitées dans les hôpitaux publics relèvent davantage de la médecine que de la chirurgie et nécessitent des hospitalisations plus longues. Pourtant, là encore, en neutralisant cet effet « pathologies traitées », l'indice sur la durée moyenne de séjour reste plus élevé dans le secteur public, mais l'écart se réduit tout de même considérablement, puisque les indices obtenus sont très proches (1,1 pour les hôpitaux publics contre 0,9 pour les cliniques privées).

Les cliniques privées sont beaucoup plus spécialisées que les hôpitaux publics

Les indicateurs de spécialisation sont globalement stables pour les deux secteurs sur la période 2005-2009. Avec seulement 25 produits OAP nécessaires pour couvrir 80 % de leur activité, les cliniques sont beaucoup plus spécialisées que les hôpitaux publics, pour lesquels il en faut près du double (47). Les variables d'entropie montrent que cette plus grande spécialisation se manifeste tant entre les segments d'activité qu'au sein de ceux-ci. Les hôpitaux publics exercent des missions de service public qui font qu'ils doivent être positionnés sur un spectre plus large d'activités, d'autant plus s'ils sont localisés dans des territoires avec des caractéristiques démographiques et économiques moins favorables ou peu pourvus en producteurs de soins.

Au-delà du regard porté sur l'évolution de certains indicateurs entre 2005 et 2009, cette analyse des variables explicatives met donc aussi en évidence l'hétérogénéité des situations entre secteur public et secteur privé, quel que soit le type d'indicateurs observé. C'est la raison pour laquelle la rentabilité sera modélisée séparément pour chacun des secteurs.

Amélioration de la rentabilité des hôpitaux publics

Les tableaux 3 et 4 présentent respectivement les résultats du modèle sur les hôpitaux publics et les cliniques privées. La méthode d'estimation est présentée en annexe. La modélisation retenue permet d'exploiter la dimension de panel des données en tenant compte de l'hétérogénéité inobservée au niveau établissement (modèle à effets aléatoires). Une spécification dynamique permet de tenir compte du lien, pour un établissement donné, entre la rentabilité en t-1 et la rentabilité en t⁹.

Les variables temporelles influencent assez peu la rentabilité des établissements. Pas du tout pour les cliniques privées, et de manière marginale pour les hôpitaux publics où l'on retrouve toutefois une année 2007 relativement atypique, avec une rentabilité plus faible, suivie d'une amélioration. L'année 2007 correspond au

9. Cette spécification améliore significativement la qualité des estimations mais présente l'inconvénient de « perdre » une année d'observation. Ainsi, aucun coefficient ne sera estimé pour l'année 2005.

TABLEAU 3 ● Modélisation de la marge d'exploitation des hôpitaux publics

Variables indépendantes	Coefficients	(Écart type)
Constante	14,110**	(6,483)
Marge d'exploitation (n-1)	0,445***	(0,023)
Variables temporelles		
année 2006	0,815***	(0,255)
année 2007	réf.	
année 2008	1,352**	(0,234)
année 2009	1,194***	(0,258)
Variables économiques		
Taux d'investissement (effet retard)	0,030***	(0,008)
Variables d'environnement		
Part de la population urbaine dans le département	0,015**	(0,007)
Taux de bénéficiaires de la CMUC dans le département	-0,079**	(0,031)
Nombre d'établissements dans un rayon de 50 km	-0,017***	(0,006)
Facteurs de production		
CHU (oui/non)	-0,735	(1,613)
Présence d'un service d'urgences	-0,09	(0,235)
Moins de 200 lits et places	-1,255*	(0,650)
Entre 200 et 800 lits et places	réf.	
Plus de 800 lits et places	-2,664*	(1,426)
Taux d'occupation des lits MCO	0,060**	(0,026)
ETP médicaux par lit/place	-1,717	(4,528)
ETP non médical soignant par lit/place	-2,598***	(0,768)
ETP non médical non-soignant par lit/place	-2,984***	(1,050)
Salaire moyen du personnel médical	-0,000***	0
Salaire moyen du personnel non médical	-0,000***	0
Score ICALIN	-0,004	(0,035)
Variables d'activité		
Part des consultations externes	-0,259**	(0,10)
Part des dotations de missions d'intérêt général – MIG	0,321***	(0,076)
Part de l'activité de court séjour	0,004	(0,021)
Part de la chirurgie dans le court séjour	0,007	(0,027)
Part de la médecine dans le court séjour	réf.	
Part de l'obstétrique dans le court séjour	0,047	(0,044)
Part des patients de plus de 75 ans	-0,028	(0,023)
Part des cas «lourds»	0,292***	(0,073)
Part de l'ambulatoire en chirurgie (effective / théorique)	0,558	(0,646)
Durée moyenne de séjour (effective / théorique)	-8,364***	(1,811)
Entropie inter-segments	2,286*	(1,294)
Entropie intra-segments	-6,467***	(1,578)
Nombre d'observations	1 476	
AR1 ^(a)	p = 0,000	
AR2 ^(a)	p = 0,312	
Test de sur-identification de Hansen ^(a)	p = 0,188	

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

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

(a) Voir annexe.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI, DGFiP/COFACE-Comptes, traitement DREES.

TABLEAU 4 ● Modélisation de la marge d'exploitation des cliniques privées

Variables indépendantes	Coefficients	(Écart type)
Constante	18,990**	(4,252)
Marge d'exploitation (n-1)	0,527**	(0,025)
Variables temporelles		
année 2006	-0,159	(0,293)
année 2007	réf.	
année 2008	-0,045	0,236
année 2009	0,152	0,264
Variables économiques		
Taux d'investissement (effet retard)	-0,003	(0,012)
Variables d'environnement		
Part de la population urbaine dans le département	0,017	(0,013)
Taux de bénéficiaires de la CMUC dans le dép.	0,056	(0,0718)
Nombre d'établissements dans un rayon de 50 km	0,001	(0,006)
Facteurs de production		
Présence d'un service d'urgences	0,653*	(0,369)
Moins de 100 lits et places	-3,918***	(1,127)
Entre 100 et 300 lits et places	réf.	
Plus de 300 lits et places	-1,852	(1,574)
Taux d'occupation des lits MCO	0,064**	(0,024)
ETP médicaux par lit/place	8,989***	(2,718)
ETP non médical soignant par lit/place	-5,920***	(1,222)
ETP non médical non-soignant par lit/place	0,227	(1,481)
Salaire moyen du personnel médical		
Salaire moyen du personnel non médical	-0,000	(0,000)
Score ICALIN	-0,010	(0,017)
Variables d'activité		
Part de l'activité de court séjour	0,044	0,036
Part de la chirurgie dans le court séjour	0,046***	(0,016)
Part de la médecine dans le court séjour	réf.	
Part de l'obstétrique dans le court séjour	0,020	(0,040)
Part des patients de plus de 75 ans	0,057	(0,057)
Part des cas «lourds»	-0,041	(0,030)
Part de l'ambulatoire en chirurgie (effective / théorique)	1,100	(0,910)
Durée moyenne de séjour (effective / théorique)	-12,830***	(2,111)
Entropie inter-segments	-0,825	(0,928)
Entropie intra-segments	-2,891***	(1,019)
Nombre d'observations	1 280	
AR1(a)	p = 0,000	
AR2(a)	p = 0,469	
Test de sur-identification de Hansen(a)	p = 0,347	

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

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

(a) Voir annexe.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES-SAE, ATIH-PMSI, DGFiP/COFACE-Comptes, traitement DREES.

déficit maximum des hôpitaux publics. Ces variables temporelles sont assez difficiles à interpréter dans la mesure où elles peuvent contenir de multiples effets non pris en compte par les autres variables : effets de l'évolution des tarifs, de la montée en charge progressive de la T2A dans le public, de l'amélioration du codage.

Cette faible influence des variables temporelles doit surtout s'interpréter comme l'indication que les différences de rentabilité entre les établissements de santé et leur évolution dans le temps dépendent surtout des autres dimensions prises en compte dans l'analyse. Certaines de ces dimensions sont des éléments d'environnement sur lesquels les établissements ont peu de prise (localisation, concurrence), mais d'autres concernent des éléments qui sont en partie à leur main (variables de production et d'activité notamment).

Les facteurs environnementaux joueraient un rôle sur la rentabilité

Les variables d'environnement semblent ainsi influencer la marge d'exploitation des hôpitaux publics. Leur rentabilité augmenterait avec le taux d'urbanisation du département dans lequel ils sont implantés. Une demande forte jouerait donc positivement sur la marge. À l'inverse, les coefficients liés au taux de bénéficiaires de la CMUC et au nombre d'établissements dans un rayon de 50 km sont négatifs. Il serait donc plus difficile d'être rentable dans des zones avec une forte part de patients précaires et de nombreux établissements « concurrents ».

Dans le secteur privé, nous ne retrouvons pas d'effet significatif de ces variables. Beaucoup plus libres du choix de leur lieu d'implantation que les hôpitaux publics, les cliniques optent pour des zones dans lesquelles le rapport entre l'offre et la demande joue en leur faveur, ce qui atténue le caractère discriminant de ces variables.

La taille de l'établissement et le nombre de personnel par lit influencent la rentabilité

Un effet taille est également mis en évidence puisque les hôpitaux publics de moins de 200 lits et places semblent moins rentables que les autres. L'augmen-

tation concomitante de la taille et de la rentabilité connaît toutefois une limite, puisqu'au-delà de 800 lits et places, on ne trouve pas d'effet positif¹⁰. C'est un résultat cohérent avec ceux obtenus dans l'étude sur la productivité des hôpitaux publics (Yilmaz et Frikha, 2012), qui montre la présence de rendements d'échelle positifs pour les petits hôpitaux mais négatifs pour les grands.

Pour les cliniques privées, nos estimations mettent également en évidence un effet taille. Ainsi, les marges d'exploitation des cliniques privées de moins de 100 lits et places seraient moins élevées que celles des cliniques plus grandes, toutes caractéristiques mesurables étant égales par ailleurs.

Par ailleurs, le taux d'occupation des lits et le taux d'encadrement du personnel non médical soignant par lit/place sont également significatifs aussi bien pour le secteur privé que pour le secteur public. Un taux d'occupation élevé ainsi qu'un taux d'encadrement du personnel non médical soignant faible pourraient s'interpréter comme une bonne optimisation des facteurs de production, il n'est donc pas surprenant d'associer cela à une meilleure marge d'exploitation. A contrario, on constate une corrélation positive entre le taux d'encadrement du personnel médical et la marge d'exploitation uniquement pour le secteur privé. Ainsi, une clinique employant un grand nombre de médecins par lit serait plus performante, sans doute grâce à la patientèle qu'amèneraient ces médecins qui exercent en cabinet libéral. De plus, les médecins libéraux exerçant dans les cliniques privées sont rémunérés directement à l'acte, et n'apparaissent donc pas dans les charges d'exploitation de l'établissement.

Parmi les autres facteurs de production (CHU, urgences), les estimations du modèle ne mettent pas en évidence d'effets significatifs.

L'influence de la spécialisation et de la diversification de l'activité sur la rentabilité

La situation la plus profitable pour un hôpital public correspondrait à une diversification importante mesurée au niveau des segments d'activité (entropie inter forte), et à une forte spécialisation au sein de ces segments (entropie intra faible). En d'autres termes, ce résul-

10. Pour choisir les seuils des classes de taille, un premier modèle a été élaboré en introduisant le nombre de lits et places et ce même nombre au carré pour tester l'hypothèse de rendements d'échelle. Une parabole inversée a ensuite été tracée à l'aide des coefficients obtenus. Le sommet de cette parabole correspondrait ainsi à une taille optimale se situant autour de 800 lits et places, que l'on a conservée comme seuil pour rendre compte de cet effet «en cloche». Le seuil de 200 lits et places correspond ensuite à une répartition équilibrée des établissements de taille inférieure à l'optimum.

tat suggère que plus un hôpital est spécialisé dans quelques « niches », plus il est performant. Ce serait par exemple le cas d'un hôpital qui ne traiterait que les cataractes en ophtalmologie, que les amygdalectomies en stomatologie, etc. Il est vrai qu'une telle spécialisation engendrerait potentiellement des effets de seuil. Un établissement spécialisé est en effet davantage susceptible de dépasser un certain volume d'activité pour ses pathologies de préférence qu'un établissement diversifié. Une fois ce volume nécessaire atteint, la mise en place d'une organisation optimale est ainsi facilitée.

Pour les cliniques, une seule des deux variables concernant la diversification de l'activité est significative. L'important pour elles serait donc surtout d'avoir une entropie intra-segments faible, c'est-à-dire d'être spécialisées dans quelques produits, indépendamment du nombre de segments concernés. La stratégie de niche(s) s'avère donc également la plus rentable pour les cliniques privées.

Les cliniques privées étant beaucoup plus spécialisées que les hôpitaux publics, dont l'activité est plus diversifiée, ce sont surtout elles qui bénéficient de la spécialisation.

Les estimations mettent en évidence un effet négatif des consultations externes sur la marge d'exploitation des hôpitaux publics. Celles-ci sont des consultations programmées, concernant des patients qui ne sont pas hospitalisés, et qui sont reçus à l'hôpital pour un diagnostic ou un traitement. Des activités coûteuses en termes d'organisation et de personnel, et qui ne sont *a priori* pas rentables puisqu'elles impactent à la baisse la marge d'exploitation. Ces consultations externes à l'hôpital public sont très importantes en termes d'accès aux soins puisqu'elles permettent dans certains cas de compenser le manque de spécialistes libéraux en ville (ophtalmologues, pédiatres) ou d'accéder à des consultations de secteur 1.

La chirurgie apparaît plus rentable que la médecine et l'obstétrique pour les cliniques

En revanche, la part de l'activité consacrée au court séjour n'a pas d'impact significatif. Même si seuls ont

été conservés les hôpitaux dont plus de la moitié de l'activité est consacrée au court séjour, certains ont une activité diversifiée et font notamment de la psychiatrie ou des soins de suite et de réadaptation. Contrairement aux hôpitaux publics, les cliniques privées avec une forte part de séjours chirurgicaux seraient plus performantes économiquement que les autres.

Une proportion élevée de cas « lourds » favorable pour les hôpitaux publics

Inversement, les hôpitaux publics accueillant une part importante de séjours « lourds » seraient plus rentables, ce qui ne vaut pas pour les cliniques. Ces séjours occasionnent pourtant *a priori* des coûts plus importants que les autres, notamment en termes d'équipement ou de personnel. Mais ils bénéficient de tarifs plus élevés. Avec la mise en place de la version 11 des GHM, plus favorable aux cas lourds, ce résultat serait sans doute renforcé aujourd'hui pour les hôpitaux publics.

À case-mix donné, une plus faible durée moyenne de séjour favorise la rentabilité

Une plus faible durée moyenne de séjour, à *case-mix* donné, favorise la rentabilité des établissements de santé, tant des hôpitaux publics que des cliniques privées. Une DMS plus faible traduit une bonne organisation, mobilise moins de ressources et permet plus facilement de répondre à la demande de soins des patients en permettant de rendre les lits disponibles plus rapidement. En revanche, l'indicateur de chirurgie ambulatoire ne semblerait pas influencer significativement la rentabilité. Ce résultat pourrait paraître contre-intuitif, mais il s'explique sans doute par l'hétérogénéité des organisations mises en place dans les établissements. En effet, certains établissements développent une activité ambulatoire sans pour autant avoir optimisé leur organisation, si bien qu'ils ne bénéficient pas pleinement des coûts théoriquement plus bas de l'ambulatoire. En revanche, quand une organisation optimisée permet de traiter deux patients sur un même lit dans une journée¹¹, la chirurgie ambulatoire semblerait profitable (Cash *et al.*, 2011).

11. Un matin et l'autre l'après-midi.

Conclusion

L'objet de cette étude était d'identifier les déterminants de la rentabilité des établissements de santé tant en ce qui concerne les facteurs de production que le type d'activité, pour comprendre l'hétérogénéité de leurs situations financières. Les premières estimations des modèles indiquent une influence significative de facteurs « organisationnels » (taux d'occupation des lits,

durée de séjour) ainsi qu'une influence de la taille et de la gamme d'activité. En ce qui concerne ces derniers facteurs, il faut noter toutefois que le choix du dimensionnement ou la spécialisation n'est pas forcément possible, notamment pour les hôpitaux publics isolés qui se doivent d'offrir à tous les soins requis. Ces informations peuvent aider le régulateur à cibler les situations dans lesquelles le modèle de financement pourrait être adapté.

Bibliographie

- Aballea P., Bras P.L., Seydoux S., 2006, « Mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé », Rapport IGAS N° 2006-009 janvier, La Documentation française.
- Albouy et al., 2009, « Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050 », *Les Cahiers de la DGTPE* n° 2009/11 – juillet.
- Arellano M. et Bond S., 1991, « Some Tests of Specification for Panel Data: Monte Carlo Evidence and an Application to Employment Equations », *Review of Economic Studies* (58), pp. 277-297.
- Audibert M. et al., 2008, « Activité et performance des hôpitaux municipaux en Chine rurale », *Revue d'économie du développement*, volume 22, pp. 63-100.
- Augurzky B., Engel D., Schierz C., 2006, « Who gets the Credit? Determinants of the probability of default in the german hospital sector », RWI Essen, *Discussion papers* n° 54.
- Balsan D., 2002, « Le coût unitaire de l'activité hospitalière publique en 1997 : le poids des déterminants régionaux », *Revue française d'économie* volume 17 n° 2, pp. 101-115.
- Blundell R. et Bond S., 1998, « Initial conditions and moment restrictions in dynamic panel data models », *Journal of Econometrics* (87), pp. 115-143.
- Cash E., Cash R., Dupilet C., 2011, « La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires », *Dossiers Solidarité et Santé* n° 21, DREES, juillet.
- Chalé J.P. et Métral P., 2001, « Mesures de performance économique », *Dossiers Solidarité et Santé* n° 2, DREES.
- Choné P., Lesur R., 2002, « Hétérogénéité des établissements de santé et tarification à la pathologie », *Revue d'économie publique* 112.
- De Pouvourville G., 2009, « Exploitation seconde de la base de l'Étude nationale de coûts », *Dossiers Solidarité et Santé* n° 9, DREES.
- De Pouvourville G. et Joyau M., 2009, « Analyse comparée de la productivité des établissements hospitaliers du secteur public et du secteur privé », Fédération hospitalière privée.
- Dormont B., Milcent C., 2011, « Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire », *Document de travail* n° 1108, CEPREMAQ.
- DREES, 2011a, *Le panorama des établissements de santé*, édition 2010, Collection Études et Statistiques.
- DREES, 2011b, *Le panorama des établissements de santé*, édition 2011, Collection Études et Statistiques.
- DREES, 2012, *Comptes nationaux de la santé 2011*, Collection Études et statistiques.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats* n° 785, DREES.
- Gapenski et al., 1993, « The determinants of Hospital profitability », *Hospital and health services administration*, 38:1, spring.
- Kerleau M., Le Vaillant, Or Z., 2005, « La diversification de l'activité de court séjour des établissements de santé : un éclairage par l'indicateur d'entropie », *Dossiers Solidarité et Santé*, études diverses, n° 2, avril-juin, DREES.

- Leleu H., Dervaux B., 2005, « Les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité », *Dossiers Solidarité et Santé* n° 3, DREES.
- Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats* n° 664, DREES, octobre.
- Michel P., Minodier C., Moty-Monnereau C., Lathelize M., Domecq S., Chaleix M., Kret M., Roberts T., Nitaro L., Bru-Sonnet R., Quintard B., Quenon J.L., Olier L., 2011, « Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité », *Études et Résultats* n° 761, DREES, mai.
- Mouquet M.-C., 2012, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », *Le Panorama des établissements de santé*, édition 2012, collection Études et statistiques, DREES.
- Roodman, D., 2006, "How to do xtabond2 : An introduction to difference and system GMM in stata", *Stata Journal* 9(1): 86 -136.
- Rosko M.D., Carpenter C., 1994, "The impact of intra-DRG severity of illness on Hospital profitability: implications for payment reform", *Journal of health politics*, n° 4, Policy and Law, winter.
- Shen Y.C., Eggleston K., Lau J., Schmid C., 2006, "Hospital ownership and financial performance: a quantitative research review", *NBER Working paper* n° 11662.
- Studer N., 2012, « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ? », *Document de travail*, série Études et recherche, n° 114, DREES.
- Thuaud E., 2012, « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2010 », *Comptes de la santé 2011*, *Document de travail* n° 172, série statistiques, DREES.
- Yilmaz E., 2011, « Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009 », *Études et Résultats* n° 746, DREES, janvier.
- Yilmaz E., Frikha S., 2012, « Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficience entre 2003 et 2009 », *Le Panorama des établissements de santé*, édition 2012, collection Études et statistiques, DREES.
- Younis M. et al., 2005, "Using return on equity and total profit margin to evaluate hospital performance in the US: a piecewise regression analysis", *Journal of health care finance*, 31(3): 82-88.

ANNEXE ● Méthode économétrique

Disposant à la fois d'une dimension transversale et d'une dimension temporelle, nous estimons séparément pour chaque secteur des équations de la forme suivante :

$$Y_{it} = \delta Y_{i,t-1} + u_i + v_t + \beta X_{it} + \varepsilon_{it}$$

où :

le paramètre u_i correspond à l'effet établissement

le paramètre v_t correspond à l'effet année

X_{it} représente le vecteur des régresseurs de l'établissement i à la période t

Y_{it} correspond à la variable expliquée, c'est-à-dire à la marge d'exploitation de l'établissement i à la période t . Nous avons choisi une spécification en panel dynamique en intégrant la variable retardée correspondant au niveau de rentabilité de l'année $n-1$. Cette méthode permet de tenir compte du comportement dynamique de l'établissement en termes de rentabilité économique. Les techniques économétriques standard comme les moindres carrés ordinaires ne permettent pas d'obtenir des estimations sans biais en raison de la présence de la variable retardée à droite de l'équation qui induit une corrélation avec le terme d'erreur. Nous utilisons donc la méthode des moments généralisées sur données de panel (GMM) proposée par Arellano et Bond (1991) et développée plus tard par Blundell et Bond (1998). Cette méthode permet de régler le problème de l'endogénéité au niveau de la variable retardée, mais aussi au niveau des autres variables explicatives par l'utilisation d'une série de variables instrumentales générées par les retards des variables.

Cette équation a été estimée avec le logiciel STATA à partir de la procédure XTABOND2 développée par Roodman (2006). Le modèle a été estimé par la méthode des moments généralisés en système et en deux étapes.

L'utilisation de ce type de modélisation permet notamment de tenir compte de l'hétérogénéité inobservée au niveau de l'établissement. Ont également été inclus des effets temporels afin de tenir compte des changements dans l'environnement, notamment la mise en place progressive de la T2A. L'une des contraintes de ce modèle est qu'il nécessite de travailler à partir d'un panel cylindré, c'est-à-dire en l'occurrence à partir d'établissements présents les cinq années. On élimine donc ceux pour lesquels on ne dispose de données que sur une partie de la période.

La spécification choisie pour le paramètre u_i est aléatoire en raison notamment du choix qui a été fait d'introduire des variables établissements fixes dans le temps (CHU, existence d'un service d'urgence, etc.).

Enfin, deux tests sont associés à l'estimateur des GMM en panel dynamique. Le premier est le test de suridentification de Sargan/Hansen qui permet de tester la validité des variables retardées comme instruments. Le second est le test d'autocorrélation d'Arellano et Bond (1991) où l'hypothèse nulle est l'absence d'autocorrélation de second ordre des erreurs (test AR). Dans notre étude, nous constatons que le test de suridentification de Hansen ne permet pas de rejeter l'hypothèse de validité des variables retardées en niveau et en différence comme instruments. Sur le test d'autocorrélation, on observe la présence d'un effet d'ordre un (AR1) ce qui est conforme avec les hypothèses formulées, et une absence d'autocorrélation de second ordre (AR2).

Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficience entre 2003 et 2009

Engin YILMAZ et Salma FRIKHA

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

La mesure de l'efficience est devenue dans la période récente un enjeu majeur pour les établissements de santé en raison notamment de la réforme du financement des établissements de santé (la tarification à l'activité – T2A). Parmi les différents objectifs de cette réforme, l'un concerne les incitations à l'efficacité, et notamment la réalisation de gains de productivité par les établissements de santé.

Dans ce contexte, la DREES a mené des travaux sur la mesure de l'efficience et son évolution à travers une approche économique afin d'évaluer l'impact de la T2A sous l'angle des incitations. Ces travaux proposent de définir un indice de productivité globale construit à partir de l'estimation d'une fonction de production. Cette approche permet d'analyser parallèlement l'activité produite par les établissements et les facteurs de production mis en œuvre pour produire cette activité (lits et places, personnel, etc.).

Toutefois, les contraintes pesant sur les établissements de santé sont très liées à leur statut (public, privé non lucratif ou privé lucratif). Leur positionnement en termes d'activité offerte, de gestion du personnel ou de mission de service public diffère donc largement selon le secteur et implique des fonctions de production différentes. De ce fait, cette étude a pour but de mesurer l'évolution de la productivité dans le secteur public hospitalier uniquement.

Sur la période 2003–2009, les résultats mettent en évidence une hausse continue de la productivité en court séjour pour les établissements publics de santé, sous l'hypothèse d'une qualité des soins constante. Elle aurait augmenté en moyenne de près de 2 % par an sur cette période.

Enfin, les estimations confirment l'hypothèse de rendements d'échelle au sein des hôpitaux publics, ce qui indiquerait l'existence d'une taille optimale pour atteindre les niveaux de productivité les plus élevés. Cette taille serait estimée entre 700 et 1 000 lits. Cependant, seuls les hôpitaux de taille inférieure à 150 lits ou supérieure à 4 500 lits présenteraient par rapport aux établissements de taille optimale un écart d'activité par lit supérieur ou égal à deux années de gains de productivité.

Le concept de productivité et d'efficience des établissements de santé a pris une place croissante dans les analyses et est largement documenté dans les pays qui ont mis en place un système de tarification à l'activité. L'un des objectifs d'une telle tarification est en effet de rendre les hôpitaux plus productifs et plus efficientes, afin de satisfaire à moindre coût les besoins de santé de la population. Cette exigence s'est encore accrue avec la crise financière et les contraintes qu'elle impose aux finances publiques. Ainsi, selon le récent rapport IGAS-IGF sur la maîtrise de l'ONDAM¹, les gains de productivité et les efforts d'efficience des offreurs de soins doivent permettre à l'Assurance maladie de payer les biens et services médicaux aux meilleurs prix. Pour obtenir une évolution de l'ONDAM limitée sur la période 2013-2017, la mission considère qu'il faudrait un effort de productivité et d'efficience élevé à l'hôpital.

Le concept de productivité est à relier au concept plus général de performance économique mais n'en constitue qu'un aspect partiel. La productivité se définit comme le rapport d'une production aux ressources engagées pour l'obtenir. Mesurer la productivité suppose donc de bien définir ce qu'est la production. Dans le cas des établissements de santé, on devrait idéalement approcher la production par l'amélioration de l'état de santé des patients soignés. Faute de données disponibles suffisamment fines sur l'état de santé de la population, on utilise généralement comme proxy l'activité hospitalière, qui est, quant à elle, bien mesurée grâce au Programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Mais se pose alors la question de la qualité des soins pour une activité donnée. Il faudrait en toute rigueur mesurer l'activité en contrôlant la qualité, car une hausse de l'activité qui se ferait au détriment de la qualité ne saurait s'interpréter comme une hausse de la production. Malheureusement, même si de nombreux indicateurs de qualité ont été développés, il s'agit plus d'indicateurs de qualité de certains processus que d'indicateurs de qualité globale des soins. Ils ne peuvent donc pas vraiment être mobilisés pour mesurer la performance qualitative des établissements. D'autres indicateurs de qualité sont en cours de développement et pourront à l'avenir être mobilisés. Néanmoins, il semble que la qualité des soins ne se soit pas dégradée depuis la mise en place de la T2A, comme le suggèrent les résultats de l'enquête nationale sur les événements indésirables graves à l'hôpital (enquête ENEIS réalisée par la DREES en 2004 et 2009). Ainsi,

cette étude ne tient pas compte de la qualité des soins, ou dit autrement, repose sur l'hypothèse d'une qualité des soins constante.

Si le terme de productivité est couramment utilisé pour qualifier la performance économique d'une organisation, celle-ci relève de mécanismes complexes et imbriqués, reposant sur un comportement d'optimisation technique et allocative. La performance économique peut en effet se décomposer en efficacité productive et en efficacité allocative. L'efficacité allocative correspond au choix optimal du mix d'activité, et peut conduire les établissements à choisir un positionnement qui maximise leur performance. Il s'agit d'une notion qui ne s'articule pas nécessairement avec les missions de service public des établissements de santé, qui doivent veiller à l'accès aux soins de la population. L'étude sur la rentabilité des établissements de santé publiée dans cet ouvrage (Evain et Yilmaz, 2012) souligne que la spécialisation permet une meilleure rentabilité, cette spécialisation profitant aux cliniques privées. L'efficacité productive englobe quant à elle les notions d'efficacité technique (consommer le moins de ressources à production donnée), d'efficacité d'échelle (produire à la taille qui maximise la productivité) et de progrès technique.

La T2A fournit des incitations à améliorer l'efficacité allocative et l'efficacité productive, mais les contraintes qui s'imposent aux établissements de statuts juridiques différents donnent plus de souplesse aux établissements privés pour rechercher l'efficacité allocative. Les établissements publics, quant à eux, ne peuvent s'assimiler à des entreprises libres de choisir leur positionnement pour maximiser leurs profits. En revanche, pour une activité donnée, tous les établissements de santé, quels que soient leurs statuts, sont incités à minimiser leurs coûts. Ainsi cette étude a pour but de mesurer l'évolution de la performance des établissements de santé du point de vue de l'efficacité productive. Pour autant, si tous les établissements doivent chercher à améliorer leur efficacité productive, ils le font dans un ensemble de contraintes différentes (gestion du personnel, mission de service public...) en fonction de leur statut et selon des positionnements différenciés en termes d'activité (beaucoup plus de spécialisation dans le secteur privé). Ainsi, il est probable que les fonctions de production présentent des différences entre les secteurs.

1. IGAS-IGF, 2012 « Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017 ». http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDAM-IGAS-IGF_juin2012.pdf

Mesure de l'évolution de l'efficacité productive des seuls hôpitaux publics, sur la période 2003-2009

Aux États-Unis, le passage d'un système de paiement rétrospectif (remboursement sur factures) à un système de paiement prospectif (financement basé sur une description de l'activité passée en groupe homogène de séjours) en 1983 s'est accompagné d'une hausse de la productivité assez marquée après la réforme (Long *et al.*, 1987). Au Royaume-Uni, le rythme de croissance annuel de la productivité est passé de 1,5 % à 2 % après la réforme engagée en 1989 visant à introduire de la concurrence entre les hôpitaux et transformant un système basé sur les dépenses engagées en un système basé sur les dépenses et le volume des soins délivrés (LeGrand, 1999). Dans une étude concernant une réforme similaire en Suède, Gerdtham, Rehnberg et Tambour (1999) montrent que le passage d'une dotation globale à un financement à l'activité a permis de diminuer les coûts de 13 %, immédiatement après la réforme qui a eu lieu en 1993. Charpentier et Samuelsson (1999) ont néanmoins montré que ces gains ont diminué les années suivantes.

En France, des premiers travaux ont conclu à une hausse de la productivité hospitalière en court séjour dans le secteur public entre 2003 et 2007 (Studer, 2012). L'originalité de cette étude reposait sur la définition d'un indice de productivité globale construit à partir de l'estimation d'une fonction de production pour le secteur hospitalier public (voir encadré 1). Ces travaux ont été

menés à la fois sur une période antérieure à la mise en place de la réforme T2A et sur la période de montée en charge. En effet, la montée en charge de la réforme du financement des établissements de santé, mise en place progressivement depuis 2004, a été finalisée en 2008. Ce n'est qu'à partir de cette date que les établissements sont intégralement financés au regard de l'activité réalisée pour ce qui concerne la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO) (T2A à 100 % en court-séjour), alors qu'entre 2004 et 2007, une partie de leur financement relevait encore d'une dotation globale.

Dans cet article, on se propose d'actualiser cette étude en appliquant la même méthodologie, et de l'enrichir à l'aide de données plus récentes afin d'analyser l'évolution de la productivité suite au passage de la T2A à 100 % en 2008 pour les hôpitaux publics. À partir des différentes sources de données disponibles sur les établissements de santé (voir tableau 1), la méthodologie présentée dans cet article a donc consisté à construire, par l'intermédiaire d'une fonction de production, un indice de productivité globale (voir encadré 2). Ainsi, la fonction de production modélise le processus de production et donc la façon dont les différents facteurs s'agrègent pour produire les soins. Cette fonction de production analyse l'activité des établissements de santé à travers les facteurs de production que sont le capital d'une part et le travail d'autre part. En effet, l'utilisation d'une fonction de production permet de tenir compte des multiples ressources mobilisées par un hôpital. Ces ressources comprennent différentes dimensions : médecins, infirmières, plateaux techniques, etc.

ENCADRÉ 1 ● La fonction de production à l'hôpital

La productivité se définit comme le rapport de la production de biens et services à la quantité de facteurs de production. La notion de productivité dans les établissements de santé renvoie à la conception de l'hôpital comme une entreprise. Cette notion, empruntée à la théorie économique, apparaît de plus en plus en économie de la santé (Djellal *et al.*, 2004). D'une manière générale, un hôpital produit de la santé. Toutefois, devant la difficulté à analyser la production de santé, la question va se déplacer sur la production de soins en formulant implicitement l'hypothèse que les soins apportent une amélioration de la santé.

L'objectif de l'étude est de construire un indice de productivité globale en estimant une fonction de production de type Cobb-Douglas. La forme générique de cette fonction est la suivante :

$$Y_{it} = A_t L_{it}^\alpha K_{it}^\beta$$

Où Y_{it} représente la production de l'hôpital i l'année t , L_{it} le travail, K_{it} le capital, α l'élasticité de l'activité au travail, β l'élasticité de l'activité au capital.

Dans ce modèle, A , représente la productivité globale. L'estimation de cette équation nécessite de faire l'hypothèse que l'ensemble des entités partage la même technologie de production, c'est-à-dire que α et β ne dépendent pas de i et de t . Dans notre cas, cela revient à supposer que l'ensemble des hôpitaux ont accès aux progrès médicaux les plus récents (Wagstaff, 1987) et que la technologie de production de soins ne se modifie pas au cours du temps. Notre analyse portant sur une période relativement courte, l'hypothèse de stabilité de la technologie de production peut être en effet retenue.

TABLEAU 1 ● Sources de données retenues pour l'estimation de la fonction de production (champ MCO)

		Discipline selon la ventilation retenue par la SAE		
Activité		Services de soins		Services sociaux, médico-sociaux et de formation
		MCO	Autres disciplines de soins : urgences, imagerie...	
Activité	Hospitalisation complète	PMSI-MCO		
	Hospitalisation partielle	PMSI-MCO		
	Traitements/cures ambulatoires	PMSI-MCO		
	Passage aux urgences donnant lieu à hospitalisation	PMSI-MCO		
	Passage aux urgences ne donnant pas lieu à hospitalisation	Comptes*		
	Consultations externes	SAE		
	HAD	Non disponible		
Personnel	Médical	SAE**	SAE-Q21-2100	SAE*** Q03C/Q03D/Q13
		-Q21-1000		
	Non médical	SAE**	SAE-Q24-2100	SAE*** Q03C/Q03D/Q13
		-Q21-1000		
Capital	Capacités d'accueil (nombre de lits et de places)	SAE-Q01-2100		
	Plateaux techniques		SAE-Q03A****	

* Uniquement la part des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) facturable à l'Assurance maladie obligatoire.

** Une part seulement au prorata du nombre de séjours et venues en MCO.

*** Personnel affecté aux services d'urgences, au plateau technique hors mis à disposition, aux laboratoires et à la pharmacie au prorata de l'activité réalisée pour les patients soignés à l'hôpital.

**** Hypothèse : concerne uniquement l'activité MCO.

Lecture • Pour l'activité en hospitalisation complète, nous utilisons les données du PMSI-MCO qui couvrent selon les concepts SAE à la fois les soins en MCO et d'autres disciplines de la section hôpital et la partie administrative du MCO.

Champ • Entités juridiques publiques ayant une capacité d'hospitalisation MCO présentes sur toute la période 2005-2009, hors hôpitaux locaux et hôpital national de Saint-Maurice.

Sources • ATIH-PMSI, DREES-SAE, DGFiP-Comptes des hôpitaux, traitement DREES.

ENCADRÉ 2 ● Sources et champ

Sources

Pour cette étude sur la productivité hospitalière, les données mobilisées proviennent essentiellement de l'appariement entre le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO) mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fournit une description médico-économique de l'activité des hôpitaux publics et privés en court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique ou MCO). Des recueils du même type existent aussi pour les autres disciplines (moyen séjour, psychiatrie), mais seule l'activité MCO a été étudiée en raison de la non-valorisation à l'activité des autres disciplines pour le moment. Le PMSI recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sex, âge, lieu de résidence, etc.), et du séjour (diagnostics, actes réalisés pendant le séjour, ...). Le PMSI permet, à partir de l'analyse de ces informations, de classer le séjour de chaque patient dans un groupe homogène de malades (GHM) et d'évaluer sur la base des données de coût issues de l'étude nationale des coûts - à chaque GHM est associé un coût financier - la production de chaque établissement en pondérant chaque séjour par son coût moyen. La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France et réalisée par la DREES. Elle renseigne entre autres sur les facteurs de production des établissements de santé (lits, places, équipements, personnels).

• • •

Les données issues du PMSI ont été corrigées afin de neutraliser l'impact de l'arrêté sur les forfaits sécurité-environnement de 2006. Cet arrêté a conduit à enregistrer certains séjours hospitaliers comme des consultations externes, et a entraîné une chute du volume de certaines pathologies entre 2006 et 2007. Cet arrêté liste un certain nombre d'actes qui doivent dorénavant être enregistrés en consultations externes à partir de cet arrêté alors qu'ils étaient enregistrés en hospitalisation partielle. Dans la base PMSI, un séjour comportant uniquement un de ces actes était supprimé afin d'analyser l'activité à champ constant.

Cet arrêté concerne notamment les séjours d'endoscopies sans anesthésie (Evain, 2010).

Champ

Les données utilisées couvrent l'activité de soins en MCO sur la période 2005-2009 et permettent de mesurer la quantité de personnel et de capital productif mobilisés.

L'échantillon sur lequel s'appuie l'étude est ainsi constitué de l'ensemble des entités juridiques publiques ayant une capacité d'hospitalisation complète en MCO présentes sur toute la période 2005-2009 hors hôpitaux locaux. Il s'agit de 430 entités soit 2 150 observations¹. En 2009, les entités juridiques de notre échantillon représentaient plus de 90% des lits installés en MCO dans les hôpitaux publics français.

Parmi les 430 entités juridiques retenues pour cette étude, 31 sont des centres hospitaliers régionaux (CHR), 396 sont d'autres centres hospitaliers et 4 sont des syndicats inter-hospitaliers (SIH). Sur l'ensemble des entités juridiques étudiées, 81 sont pluri-établissements (soit 19%).

Des difficultés sur le champ de l'étude sont apparues lors de l'appariement des différentes sources de données. En effet, compte-tenu de l'objectif de l'étude, l'analyse de la productivité nécessite de mettre en regard une production et des ressources mobilisées sur le même champ. Or les champs d'analyse sont différents selon les sources :

- dans la SAE, qui couvre l'ensemble des activités des établissements de santé, les différents types de personnel et les capacités d'accueil sont ventilés par catégorie ou nature² et par discipline selon une nomenclature plus ou moins détaillée³. Les équipements ne sont en revanche pas affectés à une discipline et sont seulement décomptés par catégorie (salle d'anesthésie, postes de réveil, salles d'imagerie,...) ;
- le PMSI-MCO ne couvre pas la totalité des activités MCO⁴. Le périmètre du champ MCO diffère en outre de celui retenu dans la SAE : le PMSI-MCO englobe notamment des activités classées hors de la section hôpital dans la SAE, en particulier les activités du service administratif, hôtelier et technique qui peuvent lui être rattachées et des activités classées en autres activités de la section hôpital - les urgences donnant lieu à hospitalisation, mais aussi l'imagerie, l'anesthésiologie et le réveil, les analyses de biologie médicale...

Les données d'activité n'étant disponibles que sur le champ MCO, l'étude a été réalisée sur ce seul champ après retraitement des périmètres. Les données de la SAE ont notamment été recomposées pour correspondre au mieux au champ du PMSI-MCO et, parallèlement, le champ du PMSI-MCO a été étendu aux consultations externes et aux passages aux urgences ne donnant pas lieu à hospitalisation (voir tableau 1) en mobilisant les données de la SAE et les données comptables de la Direction générale des finances publiques (DGFIP).

Les données sur les personnels sont issues de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le personnel correspond aux équivalents temps plein (ETP) de la section hôpital affectés aux disciplines MCO, aux ETP des plateaux techniques (hors personnel mis à disposition), de la pharmacie (en tenant compte de la valeur des médicaments consommés à l'hôpital par rapport à la valeur des médicaments rétrocédés) et des urgences⁵ ainsi qu'à une fraction du personnel affecté dans les services administratifs, hôtelier et technique au prorata de la part des séjours et venues en MCO dans le nombre total des séjours et venues.

1. L'hôpital national de Saint-Maurice a été retiré de l'échantillon car il s'agit d'un point aberrant pour notre étude qui a un impact fort sur les estimations. Il ne compte en effet que trois lits à partir de 2005 et réalise les deux tiers de son activité en traitements et cures ambulatoires.

2. Les personnels sont décomposés en personnel médical, personnel administratif, personnel des services de soins, personnels éducatif et social, personnel médico-technique et personnel technique et ouvriers. Les capacités d'accueil sont comptabilisées en nombre de lits en hospitalisation complète et en nombre de places en hospitalisation partielle ou en hospitalisation à domicile.

3. Le personnel n'est pas disponible à un niveau plus fin que le champ MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) contrairement aux capacités d'accueil qui sont, elles, décomposées entre médecine, chirurgie et obstétrique.

4. Les données relatives aux consultations externes et à l'hospitalisation à domicile n'étant pas disponibles sur la période examinée.

5. Le total des ETP du personnel affecté aux urgences, au plateau technique et à la pharmacie représentait, en 2009, 69% des ETP affectés aux autres disciplines de la section hôpital.

L'indice synthétique d'activité construit pour cette étude est limité à l'activité de soins en MCO (voir encadré 3). Pour pouvoir comparer l'activité d'un établissement d'une année sur l'autre, il est nécessaire que les épisodes de soins soient regroupés selon la même classification de GHM. Cela n'a été possible pour la période 2005-2009 qu'en version V10c des GHM. Il est toutefois possible de juxtaposer l'évolution de productivité estimée sur la période 2003-2007 dans la précédente étude et celle estimée sur la période 2005-2009 dans la présente étude afin de mesurer une évolution sur la période 2003-2009.

Les facteurs de production regroupent des informations à la fois sur le personnel et sur le capital productif. Les heures réellement travaillées n'étant pas disponibles, les ressources en personnel mobilisées sont mesurées à partir des équivalents temps pleins (ETP) des différents types de personnel². En première analyse, le capital productif d'un hôpital est composé à la fois de lits installés en MCO et de divers équipements (appareils d'imagerie, salles d'opération,...) constituant les plateaux techniques. En l'absence de données sur les prix, nous utilisons une méthode originale pour agréger

2. Une ressource de « *n* » ETP correspond à une équipe de « *n* » personnes travaillant à temps plein. Dans le calcul des ETP, chaque employé est pondéré par son temps de travail. Ainsi, six personnes travaillant à mi-temps correspondent à une ressource de trois ETP.

ENCADRÉ 3 ● La mesure de la production à l'hôpital

La production de soins ou activité est ainsi définie comme la somme de l'activité en séjours (d'hospitalisation complète ou partielle), séances, consultations et actes externes et passages aux urgences. Chaque séjour ou séance déclaré dans le PMSI est valorisé conformément à l'Étude nationale des coûts publiée en 2009 et basée sur les coûts observés dans un échantillon d'hôpitaux en 2006. Les coûts considérés sont les coûts complets moyens « hors structures ». Ces coûts intègrent les journées de réanimation, néonatalogie, soins intensifs, surveillance continue ainsi que les journées supplémentaires financées en complément du tarif GHS opposable à l'Assurance maladie.

En l'absence de données de coût sur les consultations externes, l'activité en consultations et actes externes, disponibles dans la SAE, est valorisée suivant le tarif conventionnel d'une consultation en soins ambulatoires. L'activité du service des urgences est valorisée à partir des revenus issus de ces activités, revenus disponibles dans les comptes des entités juridiques publiques publiés par la Direction générale des finances publiques exprimés en euros constants (base 2006). Seules les recettes correspondant aux forfaits « accueil et traitement des urgences¹ » (ATU) pris en charge par l'Assurance maladie sont disponibles sur la période 2005-2009. Si ces hypothèses peuvent sembler fortes, il convient cependant de remarquer que la part que représente l'activité externe (définie comme la somme des consultations et actes externes et des passages aux urgences ne donnant pas lieu à hospitalisation) dans l'activité hospitalière est particulièrement faible sur cette période (autour de 6,5 %). Même imparfaitement, il nous a semblé important de la prendre en compte car la négliger complètement peut conduire à biaiser les résultats.

Les problèmes méthodologiques soulevés par le calcul d'un coût moyen par séjour ainsi que le nombre limité d'établissements, par ailleurs tous volontaires, participant à l'Étude nationale des coûts (ENC) sont néanmoins susceptibles de constituer des limites à notre travail. Il convient également de noter que notre analyse, qui ne porte que sur le champ MCO, peut être très impactée par les choix de découpage des charges réalisées par les établissements qui doivent identifier dans le retraitement comptable les charges relatives à ce champ.

les différents éléments des plateaux techniques. L'information disponible sur les équipements est résumée par un indice de plateau technique construit à partir d'une analyse en composantes principales (voir annexe 1).

À travers l'estimation économétrique de la fonction de production, cette étude a analysé successivement l'évolution de la productivité globale moyenne ainsi que les écarts de la productivité de chaque hôpital à cette productivité globale moyenne (voir annexe 2).

Cette étude s'est limitée aux établissements du secteur public. À la lumière de plusieurs travaux, il semblait en effet peu probable que des structures aux statuts, organisations, et activités différents partagent la même fonction de production. De Poumourville et Joyau (2009) montrent ainsi que la productivité partielle du travail est supérieure dans le secteur privé à la fois en raison d'une densité de personnel moindre, d'un degré de qualification du personnel soignant plus important et d'une meilleure utilisation des capacités. Les activités pratiquées dans les deux secteurs ne sont toutefois pas forcément les mêmes. Dormont et Milcent (2010) soulignent d'ailleurs que les différences de productivité

1. Les coûts relatifs aux passages dans le service d'urgences des patients qui sont hospitalisés ensuite sont intégrés dans le coût du séjour de ce patient.

partielle des lits s'expliquent également par la taille des établissements, les caractéristiques des patients et les différences de spécialisation entre établissements. Les organisations et types d'activité diffèrent en effet largement dans les cliniques : les médecins sont libéraux et non salariés et il n'y a pas d'activité externe, celle-ci étant réalisée au sein des cabinets de ville, et la structure d'activité est plus orientée vers la chirurgie que dans les hôpitaux publics.

Les statistiques descriptives concernant les variables utilisées sont présentées dans le tableau 2. Nous pouvons noter une très grande hétérogénéité entre les établissements de notre échantillon : 132 petites entités (moins de 100 lits), 61 grandes entités (plus de 500 lits) et 231 entités de taille moyenne en 2009. Malgré cette hétérogénéité apparente, cette étude repose sur l'hypothèse que les hôpitaux publics ont tous la même fonction de production, les différences de taille ou d'activité étant bien prises en compte dans les estimations.

L'activité croît à un rythme plus rapide que le personnel hospitalier

Sur la période 2005-2009, l'activité en hospitalisation complète, qui représente près de 76 % de l'activité totale mesurée dans l'étude, augmente de façon modérée (+9 %), de même que l'hospitalisation partielle (+8 %) tandis que les séances sont très dynamiques (+24 %)³. En revanche, les consultations augmentent de +7 %. Au final, l'activité croît de 11 % soit à un rythme plus rapide que l'ensemble du personnel hospitalier (+4 %). L'évolution au sein des catégories du personnel est très disparate : les équivalents temps plein médicaux et soignants augmentent respectivement de +14 % et +7 %, les équivalents temps plein administratifs et ouvriers restent presque

stables tandis que les autres catégories de personnel, représentant 15 % des personnels, diminuent de 4 % sur la période (voir tableau 3). Par ailleurs, l'évolution des différentes composantes du capital productif est contrastée. Alors que le nombre de places en hospitalisation partielle augmente de façon significative sur toute la période (36 %), le nombre de lits en hospitalisation complète qui mesure la capacité d'hospitalisation complète et, dans une moindre mesure, l'indice de plateau technique ont, quant à eux, décrû légèrement. Cette baisse atteint respectivement 2 % et 1 % en cumulé sur la période.

Au regard de ces évolutions, la hausse de l'activité hospitalière pourrait résulter soit de la hausse des ressources (le personnel et le capital productif) ou soit d'une utilisation plus efficace des facteurs de production. En d'autres termes, il s'agit de se demander si la productivité globale du secteur hospitalier a augmenté ou non sur la période examinée.

Pour répondre à cette question, différents modèles basés sur la fonction de production ont été estimés (voir annexe 2). Le tableau 4 présente les résultats des différentes estimations de la production des hôpitaux publics. Les résultats de deux modélisations sont présentés. La première est une estimation « naïve » qui ne tient pas compte de la dimension « panel » des données mobilisées ; la deuxième tient compte de cette dimension, ce qui permet de contrôler les facteurs inobservables au niveau établissement qui sont fixes dans le temps sur la période étudiée (par exemple les caractéristiques sociales de la patientèle), et de la corrélation des résidus dans le temps (un établissement peu productif en t a plus de chance d'être aussi peu productif en $t+1$). Les résultats qui seront commentés dans le texte sont issus de cette deuxième modélisa-

TABLEAU 2 • Statistiques descriptives concernant les 2 150 observations (2005-2009)

	Moyenne	Minimum	Maximum
Activité (en k€)	62 416	506	2 996 637
ETP médicaux	96	0	5 760
ETP soignants	562	1	30 921
ETP administratifs et techniques	300	6	16 080
Autres ETP	177	2	14 203
Indice de plateau technique	3	1	137
Lits	329	9	13 387
Places	23	0	1 286

Lecture • La moyenne du nombre de lits par entité juridique vaut 329, l'entité juridique la plus petite ayant 9 lits et la plus grande 13 387.

Champ • Entités juridiques publiques ayant une capacité d'hospitalisation MCO présentes sur toute la période 2005-2009, hors hôpitaux locaux et hôpital national de Saint-Maurice.

Sources • ATIH-PMSI, DREES-SAE, DGFiP-Comptes des hôpitaux, traitement DREES.

3. Les données ont été retraitées pour tenir compte des problèmes de mesure de l'activité liés à l'application de la circulaire sur les actes frontières.

TABLEAU 3 ● Évolution de l'activité et des facteurs de production entre 2005 et 2009

Variable	Évolution 2005-2009 (en %)
Activité totale	+10,6
Activité en hospitalisation complète	+9,3
Activité en hospitalisation partielle	+7,5
Activité en séances	+23,9
Activité externe	+6,6
ETP ensemble du personnel	+4,1
ETP médicaux	+13,9
ETP non médicaux soignants	+7,4
ETP administratifs	+0,2
Autres ETP	-4,5
Lits	-1,9
Indice de plateau technique	-1,4

Champ • Entités juridiques publiques ayant une capacité d'hospitalisation MCO présentes sur toute la période 2005-2009, hors hôpitaux locaux et hôpital national de Saint-Maurice.

Sources • ATIH-PMSI, DREES-SAE, DGFiP-Comptes des hôpitaux, traitement DREES.

tion. Pour autant, la présentation des résultats de la première modélisation permettent de vérifier que les principales conclusions restent valables, quelle que soit la modélisation retenue, ce qui permet de s'assurer de leur robustesse.

La productivité des hôpitaux publics augmente de près de 2 % par an

À partir de la modélisation retenue, on peut définir la productivité comme la part de l'activité qui n'est pas expliquée par les caractéristiques observables des hôpitaux⁴.

Notre analyse sur la période 2005-2009 confirme la hausse de la productivité globale observée sur la période 2003-2007 toutes choses égales par ailleurs. Selon les

4. Dans notre équation, la constante A_t constitue la mesure de la productivité globale apparente à la date t (voir annexe 2).

TABLEAU 4 ● Résultats de l'estimation de la fonction de production Cobb-Douglas

	Modèle (1)	Modèle (2)
Personnel médical	0,062** (0,009)	0,034*** (0,007)
Personnel soignant	0,296** (0,014)	0,139*** (0,013)
Personnels administratif et technique	0,035** (0,011)	0,075*** (0,011)
Autres personnels	0,020* (0,011)	-0,001 (0,009)
Plateau technique	0,077** (0,015)	0,066*** (0,012)
Lits	0,225*** (0,036)	0,194*** (0,050)
Lits ²	-0,017*** (0,003)	-0,014* (0,005)
Part de places	1,071*** (0,076)	0,745*** (0,073)
Part de chirurgie	0,063** (0,026)	0,074** (0,034)
Part d'obstétrique	0,130** (0,039)	0,337*** (0,064)
CHR/U	-0,050** (0,018)	-0,007 (0,035)
Pluri-établissement	-0,010 (0,009)	-0,001 (0,015)
Constante	4,466** (0,066)	4,479*** (0,108)
R ²	0,657	0,646
Hétérogénéité inobservée	Non	Effets aléatoires
Résidus	Indépendants	Auto-corrélatés

Les écarts types des estimations sont entre parenthèses.

* ** et *** traduisent respectivement les significativités à 10 %, 5 % et 1 %.

Lecture • Dans le modèle (1), une hausse de 1 % du nombre de personnel médical par lit a pour corollaire une hausse de 0,062 % de l'activité par lit. L'écart type de cette estimation est de 0,009. Ainsi, il y a 95 % de chances que la vraie valeur de l'effet se situe dans l'intervalle [0,05 % ; 0,082 %]. Celle-ci est donc significativement différente de 0 au seuil de 5 %.

Champ • Entités juridiques publiques ayant une capacité d'hospitalisation MCO présentes sur toute la période 2005-2009, hors hôpitaux locaux et hôpital national de Saint-Maurice.

Sources • ATIH-PMSI, DREES-SAE, DGFiP-Comptes des hôpitaux, traitement DREES.

modèles utilisés pour l'estimation, cette hausse avoisine les +7 % entre 2005 et 2009. Sur la période 2003 à 2009, la productivité aurait augmenté de 11,3 %, soit 1,8 % en moyenne annuelle. Cette progression est particulièrement marquée entre 2007 et 2008, année du passage de la T2A à 100 % (voir graphique 1). Toutefois, les incertitudes liées aux incitations à un codage exhaustif de l'activité conduisent à interpréter avec prudence les évolutions annuelles. Il semble préférable de prendre plutôt en compte l'évolution de la productivité annuelle moyenne sur la période. Par ailleurs, cette analyse de la productivité sur la période 2003–2009 ne nous renseigne pas sur les gains éventuels réalisés sur les périodes précédentes. On note seulement une augmentation plus importante de la productivité sur la période 2004–2009 par rapport à 2003–2004.

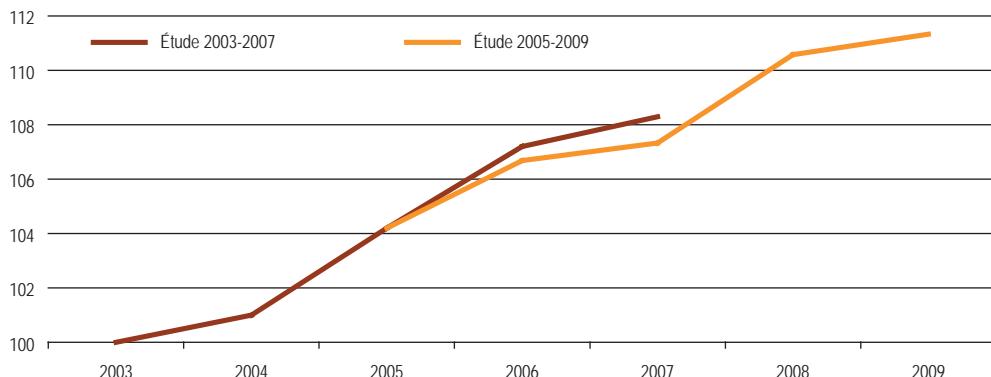
Nos conclusions restent toujours valables lorsque l'on essaie de contrôler dans la mesure du possible les éventuels biais. En effet, notre analyse se basant sur l'activité déclarée peut être sujette à différents types de biais. En premier lieu, la hausse de l'activité déclarée pourrait s'expliquer notamment par des comportements de codage différents : la réforme pourrait avoir incité les hôpitaux à améliorer le codage de leurs séjours dans le but de rattacher chaque séjour au GHM le plus rémunérateur. Notre mesure de l'activité surestimerait alors la hausse réelle de l'activité hospitalière. D'après les données du PMSI, on observe une augmentation des comorbidités sur la période étudiée. Il est fort possible que cette évolution soit due à une évolution du comportement de codage, bien qu'il semble difficile de

pouvoir distinguer ce qui relève du « rattrapage » (si les hôpitaux ne déclaraient pas les comorbidités de façon exhaustive avant la réforme) et ce qui relève du « surcodage ». Des exploitations complémentaires ont permis de vérifier que si l'on ne tenait pas compte des comorbidités, l'évolution de la productivité globale restait du même ordre. La hausse de la productivité serait donc essentiellement due à une augmentation du nombre de séjours plutôt qu'à une évolution de leur structure. Une autre analyse de robustesse a été menée en excluant l'activité externe qui pouvait faire l'objet d'une sous-déclaration initiale en raison du financement par la dotation globale. On observe toujours une hausse marquée de la productivité globale sur la période. Ainsi, s'il est possible qu'une sous-déclaration initiale de l'activité externe biaise notre mesure de productivité, celle-ci ne saurait expliquer l'essentiel de la hausse de la productivité globale entre 2005 et 2009.

Existence de rendements d'échelle

La taille de l'hôpital semble avoir une influence sur sa productivité. L'hypothèse selon laquelle il existerait des rendements d'échelle serait ainsi validée. En effet, l'activité par lit augmenterait suivant la taille de l'établissement, mais diminuerait à partir d'un certain seuil. En d'autres termes, ces estimations montrent que les rendements sont positifs pour les hôpitaux de petite ou moyenne taille. Il serait avantageux pour ces hôpitaux de s'agrandir alors que les rendements d'échelle seraient en revanche négatifs pour les grands hôpitaux. Pour ces hôpitaux, l'augmentation de la productivité passerait par

GRAPHIQUE 1 • Évolution de la productivité globale apparente des facteurs (base 2003 = 100)

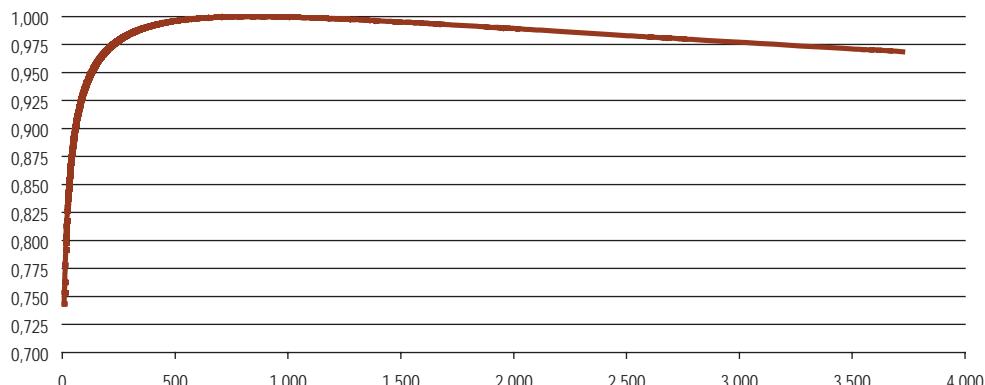


Lecture • En 2009, la productivité vaut 11,3 % de plus qu'en 2003 selon les résultats issus de l'estimation du modèle (2).

Champ • Entités juridiques publiques ayant une capacité d'hospitalisation MCO présentes sur toute la période 2005-2009, hors hôpitaux locaux et hôpital national de Saint-Maurice.

Sources • ATIH-PMSI, DREES-SAE, DGFiP-Comptes des hôpitaux, traitement DREES.

GRAPHIQUE 2 • Effet de la taille sur la production (hors AP-HP)



Lecture • Ce graphique calcule le différentiel d'activité par lit entre l'établissement optimal (se situant entre 700 et 1 000 lits) et un autre établissement. Ainsi, l'établissement de taille optimale (850 lits) a une valeur égale à 1. Pour un établissement de 300 lits, la valeur vaut 0,984, soit un différentiel d'activité par lit de 1,5 %.

Champ • Entités juridiques publiques ayant une capacité d'hospitalisation MCO présentes sur toute la période 2005-2009, hors hôpitaux locaux et hôpital national de Saint-Maurice.

Sources • ATIH-PMSI, DREES-SAE, DGFiP-Comptes des hôpitaux, traitement DREES.

une réduction de leur nombre de lits. Ceci met en évidence l'existence d'une taille optimale de production de soins se situant entre 700 et 1 000 lits (voir graphique 2). Ainsi, les hôpitaux de 100 lits auraient toutes choses égales par ailleurs une activité par lit inférieure de 6,3 % aux hôpitaux de taille optimale, les hôpitaux de 200 lits une activité inférieure de 2,9 %, et ceux de 300 lits une activité inférieure de 1,5 %. Au-delà de 1 000 lits, des rendements légèrement décroissants apparaissent : les hôpitaux de 2 000 places auraient une activité par lit inférieure de 1,1 %, l'écart étant estimé à 3,4 % pour les hôpitaux de 4 000 places.

Pour autant, la taille de l'hôpital, si elle influence de manière significative la productivité, semble jouer un rôle relativement marginal au regard des gains annuels de productivité réalisés par les établissements. Ainsi, compte tenu d'une progression annuelle moyenne de la productivité de l'ordre de 2 % par an (1,8 % estimé sur la période 2003-2009), on peut considérer que tous les hôpitaux publics dont la taille serait comprise entre 250 et 2 800 lits auraient une productivité comparable modulo une année de gain de productivité. Si on élargissait la comparaison en choisissant deux années de gains de productivité, alors ce seraient les hôpitaux de taille comprise entre 150 et 4 500 lits qui seraient comparables. Ainsi, la mise en évidence de ces rendements d'échelle ne conduit pas à définir une norme de

taille d'établissement, mais pose plutôt la question des petits hôpitaux et des grands CHR/U dont le dimensionnement ne permet pas d'atteindre le même niveau de productivité que les autres hôpitaux.

Quand on tient compte des rendements d'échelle décroissants au-delà d'une certaine taille et qu'on parvient à contrôler de l'hétérogénéité inobservée en s'appuyant sur la dimension transversale des données (modèle 2), les CHR/U n'apparaissent pas moins productifs que les autres hôpitaux. L'estimation naïve (modèle 1) donne cependant un résultat différent - ils seraient moins productifs. Il semblerait donc que ce ne soit pas la dimension CHR/U mais plutôt des variables constantes dans le temps et non prises en compte dans cette étude qui expliqueraient cette moindre productivité apparente (type de patientèle, rôle dans l'offre de soins locale...). Les CHR/U forment cependant un ensemble assez hétérogène (Evain et Minodier, 2009) et approfondir ce point va au-delà des objectifs de cette étude.

La production dépend du type d'activité

Il semble, en outre, que l'activité produite par lit dépende aussi du type d'activité, tant en termes de disciplines qu'en termes de modes de prise en charge. À cet égard, les entités ayant l'activité ambulatoire relativement la plus développée sont également les entités ayant l'activité par lit la plus forte. De la même manière,

un hôpital produit d'autant moins qu'une part importante de son activité s'effectue en médecine, activité pour laquelle le déroulement des séjours et notamment leur durée est moins prévisible. En ce sens, cette activité semble moins « productive » que la chirurgie ou l'obstétrique. Ces activités se prêtent plus facilement à un protocole permettant de gagner en efficacité. Il est aussi possible que la méthode choisie pour valoriser les séjours, en les pondérant par leur coût moyen dans l'étude nationale de coûts 2006, et donc calculer une production agrégée au niveau de chaque établissement, reproduise certains biais inhérents au calcul des coûts moyens des séjours, qui repose sur une ventilation des charges par séjour en partie conventionnelle.

La production est corrélée au taux d'encadrement

Les variables de travail, reflétées ici par le nombre de personnels par lit, mettent en évidence une hausse relative de l'activité par lit provoquée par une augmentation de l'intensité de personnel. Cette augmentation peut être due par exemple à une baisse de la durée moyenne de séjour ou encore à la possibilité de traiter des séjours plus rémunérateurs demandant une plus grande intensité en soins (changement de gamme). Les résultats relatifs au modèle 2 montrent ainsi, par exemple, qu'une hausse de 1 % de l'intensité en personnel médical est associée à une hausse de 0,03 % de l'activité par lit toutes choses égales par ailleurs.

L'augmentation de la productivité globale apparente explique la plus grande partie de la hausse de l'activité entre 2005 et 2009

Au final, la hausse de l'activité hospitalière observée entre 2005 et 2009 peut se décomposer suivant les dimensions étudiées précédemment : les facteurs de production, la taille et la spécialisation, et finalement la productivité. Les estimations indiquent que l'augmentation de la productivité explique la plus grande partie de la hausse de l'activité sur cette période. En effet, la seule hausse de la productivité globale apparente

explique plus des deux tiers de la hausse de l'activité par lit. La hausse de personnel explique, quant à elle, 16 % et le capital par lit aurait un impact négligeable (moins de 1 %).

Si la productivité a augmenté au cours de la période, il n'est toutefois pas possible de distinguer ce qui relève du progrès technique et/ou médical de ce qui relève des incitations à une amélioration de l'efficacité productive, via la T2A.

Malgré un ratrappage continu des hôpitaux les moins productifs, la dispersion de la productivité des hôpitaux a tendance à augmenter depuis 2007

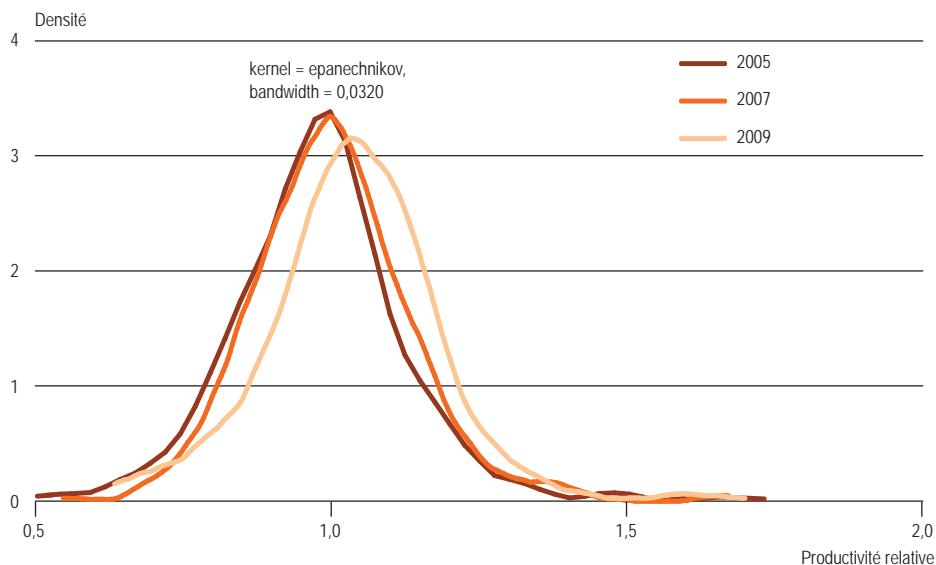
La distribution de la productivité relative des établissements⁵ (voir graphique 3) se modifie dans le temps, traduisant une amélioration globale de la productivité.

Une analyse fine de l'évolution de la productivité de chaque hôpital confirme la persistance d'écart de productivité entre les hôpitaux publics. Alors que la précédente étude (Studer 2011) avait permis de mettre en évidence une diminution des écarts de productivité entre 2003 et 2007, les évolutions apparaissent plus nuancées depuis.

Ainsi, le phénomène de ratrappage des hôpitaux les moins productifs semble se confirmer. Entre 2005 et 2009, les hôpitaux ayant en 2005 une productivité inférieure d'au moins 20 % à la moyenne (environ 10 % de l'échantillon) ont en partie rattrapé leur retard, grâce à une progression de leur productivité deux fois plus rapide que la moyenne (+14 % en quatre ans, soit une évolution annuelle de +3,3 %). Mais depuis 2007, la dispersion de la productivité des hôpitaux, mesurée par l'écart type de la distribution, augmente, pour retrouver en 2009 son niveau de 2005 (voir graphique 4). En 2008 et en 2009, il semblerait donc que, au-delà du phénomène de ratrappage attendu des hôpitaux les moins productifs, les écarts de productivité entre établissements se soient même légèrement creusés.

5. Cette analyse est menée à partir de l'analyse de l'évolution dans le temps des résidus estimés à partir du modèle 2 sans effet temporel, et de leur dispersion. De ce fait, sous l'hypothèse d'absence d'erreur de mesure, les nouveaux résidus estimés sans effet temporel intègrent à la fois l'évolution globale de la productivité et les variations entre établissements. Ils mesurent donc l'évolution de la productivité de chaque établissement, et le déplacement vers la droite de la distribution (graphique 3) traduit une augmentation de la productivité globale dans le temps. Formellement, compte tenu de l'estimation en logarithme de l'activité par lit, c'est en réalité l'exponentielle des résidus qui mesure la productivité individuelle. C'est donc la distribution de l'exponentielle des résidus qui est analysée ici.

GRAPHIQUE 3 ● Distribution des productivités relatives (modèle 2 sans indicatrices temporelles)

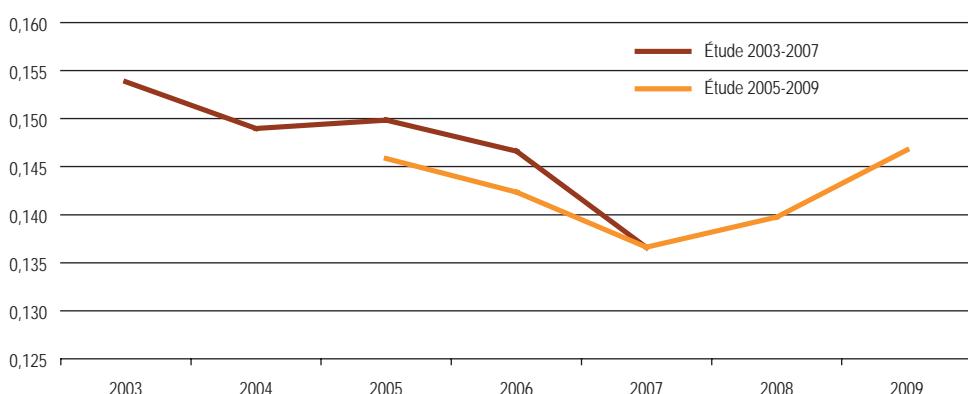


Lecture • La densité de la distribution des productivités relatives autour de 1 vaut respectivement 3,2 ; 3,5 et 2,7 en 2005, 2007 et 2009.

Champ • Entités juridiques publiques ayant une capacité d'hospitalisation MCO présentes sur toute la période 2005-2009, hors hôpitaux locaux et hôpital national de Saint-Maurice.

Sources • ATIH-PMSI, DREES-SAE, DGFiP-Comptes des hôpitaux, traitement DREES.

GRAPHIQUE 4 ● Évolution de l'écart type de la productivité relative



Champ • Entités juridiques publiques ayant une capacité d'hospitalisation MCO présentes sur toute la période 2005-2009, hors hôpitaux locaux et hôpital national de Saint-Maurice.

Sources • ATIH-PMSI, DREES-SAE, DGFiP-Comptes des hôpitaux, traitement DREES.

Conclusion

En conclusion, plusieurs résultats importants peuvent être tirés de cette étude. Tout d'abord, les hôpitaux de l'échantillon ont globalement connu une augmentation de leur productivité. Celle-ci est marquée par deux phénomènes. D'une part, les écarts de productivité entre les établissements ont augmenté entre 2008 et 2009 après avoir diminué sur la période 2003-2007. D'autre

part, les hôpitaux les moins productifs continuent à rattraper leur retard.

Ensuite, les estimations ont confirmé l'hypothèse de rendements d'échelle au sein des hôpitaux publics, mettant en évidence l'existence d'une taille optimale pour atteindre les niveaux de productivité les plus élevés, ce qui pose la question du dimensionnement pour les petits hôpitaux et les grands CHR/U.

Cette croissance de la productivité sur la période examinée a permis une hausse de l'activité. Elle doit toutefois être interprétée avec prudence. D'une part, car l'analyse repose sur l'hypothèse d'une qualité des soins constante dans le temps et recourt aux résultats de l'échelle nationale de coûts, qui peut introduire des distorsions dans le calcul de la fonction de production. D'autre part, car l'aug-

mentation de la productivité globale pourrait résulter à la fois du progrès médical, d'un effort de gestion ou encore d'une modification de l'organisation de la production de soins. Dans tous les cas, les évolutions constatées permettent de produire plus de soins avec la même combinaison de facteurs de production. ■

Bibliographie

- Bjorn E., Hagen T., Iversen T. et Magnussen J., 2002, "The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000", University of Oslo, Health Economics Research Programme, *Working Paper 2002:8*.
- Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion, 2008, « Travail méthodologique et statistique de définition et de calcul d'indicateurs de la productivité hospitalière. Rapport final », Institut catholique de Lille.
- Charpentier C. et Samuelson L. A., 1999, "Effekter av en sjukvårdsreform - En analys av Stockholmsmodellen" Stockholm: Nerenius och Santerus Förlag AB.
- Coulomb A., Blanchard N., Pichetti S. et Raynaud D., 2009, « Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la tarification à l'activité », *Document de travail*, série Études et recherches n° 94, DREES.
- Cour des Comptes, 2009, « L'organisation de l'hôpital », chapitre V et « La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours », chapitre VII, in « Sécurité Sociale 2009 ».
- De Pouvreuil G. et Joyau M., 2009, « Analyse comparée de la productivité des établissements hospitaliers du secteur public et du secteur privé », Fédération hospitalière privée.
- DREES, 2011, *Le Panorama des établissements de santé*, édition 2010.
- DREES, 2009, *Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2007*, Collection Études et statistiques.
- Djellal F., Gallouz C. et Gallouz F., 2004, « De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital-service complexe et nœud de réseaux », *Revue française des affaires sociales* n° 1 janvier-mars.
- Dormont B. et Milcent C., 2010, "Ownership and hospital productivity: assessing the impact of inefficiency and the roles of patient and production characteristics", CEPREMAP, *Document de travail* n° 1205.
- Evain F., 2010, « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats* n° 716, DREES, février.
- Evain F., Minodier C., 2009, « Les centres hospitaliers universitaires : entre activité de pointe et activité de proximité. Un essai de typologie », *Les établissements de santé : Un panorama pour l'année 2007*, Collection Études et statistiques.
- Gerdtham U.-G., Rehnberg C. et Tambour M., 1999, "The impact of internal markets on health care efficiency: Evidence from health care reforms in Sweden", *Applied Economics*, 31, 935-945.
- LeGrand J., 1999, "Competition, Cooperation or Control ? Tales from the British National Health Service", *Health Affairs* 18 (3), 27-39.
- Leleu H., Dervaux B. et Bousquet F., 2005, « Les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité », *Dossier Solidarité et Santé* n° 3, DREES, juillet-septembre.
- Long M. et al., 1987, "The Effect of PPS on Hospital Productivity," *Medical Care*, Vol. 25, No. 6, pp. 528-538.
- Studer N., 2012, « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ? », *Document de travail*, série Études et recherche, n° 114, DREES.
- Wagstaff A., 1987, "Measuring technical efficiency in the National Health Service: A stochastic frontier analysis", University of York - Centre for Health Economics, *Discussion Paper* 30.
- Webster R., Kennedy S., Johnson L., 1998, "Comparing techniques for measuring the efficiency and productivity of Australian public hospitals", *Australian Bureau of Statistics Working Papers in Econometrics and Applied Statistics* No. 98/3.

ANNEXE 1 ● Calcul d'un indice de plateau technique

L'information sur les équipements lourds et les blocs opératoires est résumée par un indice de plateau technique construit à partir d'une analyse en composantes principales. Dans le calcul des équipements dont l'établissement dispose, la SAE retrace les périodes pendant lesquelles les équipements sont loués à d'autres établissements. Là encore, comme notre analyse se restreint aux disciplines MCO, nous faisons l'hypothèse que les appareils d'imagerie et les blocs opératoires ne sont utilisés que pour des activités MCO, ou à défaut qu'ils sont toujours disponibles pour les activités de ces disciplines.

Pour calculer un indice de plateau technique nous avons retenu une méthode statistique appartenant à la famille de l'analyse des données : l'analyse en composantes principales (ACP). Celle-ci consiste à transformer des variables liées entre elles (dites "corrélées", en statistique) en nouvelles variables indépendantes les unes des autres (donc "non corrélées"). Ces nouvelles variables sont nommées « composantes principales » ou « vecteurs propres ».

Cette méthode permet de réduire l'information en un nombre de composantes plus limité que le nombre initial de variables. En effet, lorsqu'on veut compresser un ensemble de N variables aléatoires, les n premiers axes de l'ACP sont le meilleur choix du point de vue de l'inertie ou de la variance expliquée.

L'ACP est donc particulièrement adaptée pour calculer un indice de plateau technique lorsqu'on dispose d'une mesure des différents équipements (appareils d'imagerie, salles ou blocs,...) mais qu'on ne dispose d'aucune information sur leurs prix respectifs.

Plus précisément, on peut supposer que les différences observées dans les équipements des hôpitaux sont représentatives du développement du plateau technique. Ainsi, le premier vecteur propre (celui qui contient le plus d'informations sur la variance des données dans l'échantillon) mesure ce développement et permet d'agrégier l'information sur les équipements. C'est ce premier vecteur propre qu'on utilisera comme indice de plateau technique. Cela revient à pondérer chaque équipement par la projection du premier vecteur propre sur l'axe correspondant à cet équipement. L'ACP que nous avons conduite porte sur dix-huit variables et l'ensemble des entités juridiques pour lesquelles des données sur les équipements lourds sont disponibles dans la SAE (11 652 observations). Les résultats semblent confirmer notre hypothèse car le premier vecteur propre explique une très grande part (77 %) de la variance dans l'échantillon et sa projection sur toutes les variables d'équipements est positive.

ANNEXE 2 ● Spécification économétrique

L'estimation économétrique de la fonction de production Cobb-Douglas a nécessité une transformation logarithmique afin d'obtenir une équation linéaire. Par ailleurs, la nature des données à la fois transversale et longitudinale a permis d'utiliser des techniques économétriques des modèles de panel permettant de tenir compte de caractéristiques inobservables (fixes ou aléatoires dans le temps), comme les contraintes géographiques par exemple. Afin de contrôler l'hétérogénéité existant entre les établissements, des caractéristiques observables pouvant expliquer des variations de productivité entre établissements ont été introduites dans l'estimation économétrique.

Des dispositions légales ou de bon fonctionnement imposent, par exemple, un certain nombre d'ETP infirmiers par lit. Cela conduit à une corrélation forte entre les variables de sorte qu'il est difficile d'estimer l'effet de l'une des variables explicatives toutes choses égales par ailleurs¹. Il est donc préférable de rapporter toutes les variables au nombre de lits². La variable expliquée est alors l'activité par lit, et les variables explicatives le personnel par lit ou intensité en personnel d'une certaine catégorie (intensité en personnel médical par exemple) et un indice de plateau technique rapporté au nombre de lits. On rajoute le logarithme du nombre de lits et son carré. Cela permet de capter l'effet de la taille de l'établissement avec suffisamment de flexibilité.

••• Nous estimons donc le modèle suivant :

$$Y_{it} = A_t + \alpha_1 MED_{it} + \alpha_2 SOIG_{it} + \alpha_3 SUPP_{it} + \alpha_4 AUTR_{it} + \beta_1 PLAT_{it} + \beta_2 LIT_{it} + \beta_3 LIT^2_{it} + \sum_k Y_k cont_{kit} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

Les variables observables individuelles considérées dans la fonction de production sont les suivantes :

- Y_{it} représente le logarithme de l'activité par lit
- MED_{it} , $SOIG_{it}$, $SUPP_{it}$, $AUTR_{it}$ représentent respectivement le logarithme des ETP médicaux, soignants, administratifs et ouvriers et des autres personnels par lit pour l'entité juridique i à la date t
- $PLAT_{it}$ représente le logarithme de l'indice de plateau technique par lit pour l'entité juridique i à la date t
- LIT_{it} et LIT^2_{it} représentent le logarithme du nombre de lits dans l'entité juridique i à la date t et son carré
- les variables $cont_{kit}$ sont des caractéristiques observables de l'entité juridique : centres hospitaliers universitaires, entités ayant plusieurs établissements, part des différentes disciplines dans le nombre de lits et proportion de places relativement au nombre de lits et places.

Les résultats des estimations, sous l'hypothèse que la variance des résidus ne dépend pas des variables explicatives (homoscédasticité), sont présentés dans le tableau 4. Deux modèles ont été présentés dans cet article.

Le premier modèle, estimé par la méthode des moindres carrés ordinaires, constitue notre modèle de référence.

Dans le deuxième modèle estimé par la méthode des moindres carrés généralisés, nous ajoutons des effets propres à chaque entité juridique EJ_i pour prendre en compte l'hétérogénéité inobservée sous forme d'effets aléatoires.

$$Y_{it} = A_t + \delta X_{it} + v_i + u_{it}$$

Où :

- le paramètre v_i correspond à l'effet établissement
- le paramètre A_t correspond à l'effet année, et représente la productivité globale apparente à la date t
- X_{it} représente le vecteur des régresseurs de l'établissement i à la période t , précédemment cité

La dispersion inexpliquée de l'activité par lit est ainsi supposée être l'effet à la fois d'un terme propre à chaque entité v_i (terme propre fixe dans le temps) et d'un choc u_{it} (choc propre variable dans le temps), ces deux termes étant supposés être distribués selon une loi normale.

On ajoute dans ce modèle des éléments de dynamiques en tenant compte d'une éventuelle corrélation des chocs dans le temps (auto-corrélation). L'idée est qu'un choc affectant la productivité peut avoir des effets persistants dans le temps. Formellement, le résidu u_{it} suit donc un processus autorégressif d'ordre 1 :

$u_{it} = \rho u_{it-1} + \eta_{it}$ où ρ est le coefficient d'auto-corrélation et η_{it} est un bruit statistique. Nous obtenons le modèle suivant :

$$Y_{it} = A_t + \delta X_{it} + v_i + \rho u_{it-1} + \eta_{it} \quad (2)$$

Pour pouvoir identifier la productivité au niveau de chaque hôpital, nous sommes dans l'obligation de faire l'hypothèse d'absence d'erreurs de mesure. Dans ce cas, le résidu de l'estimation de la fonction de production peut s'interpréter comme l'écart de la productivité de l'hôpital en question à la productivité moyenne dans l'échantillon.

1. Il s'agit du problème de multi-colinéarité des variables explicatives. En outre, la variance des résidus est susceptible de dépendre de la taille des hôpitaux, ce qui poserait un problème d'hétéroscédasticité.

2. Des tests de sensibilité ont montré que rapporter toutes les variables au nombre de médecins ou d'infirmières change peu les résultats mais rend le modèle moins précis.

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 2012, après la promulgation de la loi n° 2009879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) et la publication de la plupart de ses décrets d'application.

L'année de référence des données présentées dans l'ouvrage est 2010. Des petites différences peuvent subsister entre le cadre législatif et réglementaire présenté dans ce chapitre et les données présentées dans les fiches, notamment au niveau des catégories d'établissements ou des personnels. À titre illustratif, même si la catégorie « établissements de santé privés d'intérêt collectif » est censée se substituer à la catégorie des établissements de santé privés à but non lucratif, pour l'année 2010, la présentation traditionnelle établissements publics/privés à but non lucratif/privés à but lucratif est conservée.

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

I – Le statut des établissements de santé

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

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

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

« Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas [...] » (Article L6141-1). « Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche » (Article L6141-2).

La majeure partie des CHR sont aussi des centres hospitaliers universitaires (CHU), centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (Article L6142-1).

Une des nouveautés de la loi HPST est que, selon l'article L6141-7-3 du code 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 privées, plusieurs personnes morales peuvent coexister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, d'imagerie, etc.).

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

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

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

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

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

II – Les missions des établissements de santé

Les missions générales

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

Quel que soit leur statut, « ces derniers assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre comme lieu de résidence ou bien un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux,

dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ». Les établissements de santé peuvent également développer des activités sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation qui ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée ». Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.

« Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par :

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

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

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

Par ailleurs, les « établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et 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 (comme par exemple des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD), ainsi que des centres de santé (Article L6111-3).

Les missions de service public

Aux missions générales confiées à tous les établissements de santé, s'ajoutent celles du service public, définies à l'article L6112-1 du code de la santé publique, introduites suite à la disparition du service public hospitalier (SPH).

La loi HPST est venue rompre le lien entre le statut des établissements et les missions qu'ils exercent. Les missions qui caractérisaient en partie le SPH ont été ainsi qualifiées de missions de service public (MSP), au-delà des activités générales de soins. Ces missions peuvent être assumées par tout établissement de santé avec une contrepartie : appliquer des tarifs opposables et garantir un égal accès ainsi qu'un accueil 24h/24 sur le champ de la mission. La déconnexion entre le statut des établissements et les missions qu'ils exercent est justifiée par la volonté d'ouvrir à tous les établissements de santé l'accès à la réalisation de certaines missions. Cette ouverture s'étend aux établissements privés à but lucratif, qui de fait exerçaient déjà certaines missions, et à certaines autres structures de soins, notamment les structures d'exercice coor-

donné, groupements de coopération sanitaire, cabinets de radiologie, etc., pour :

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

Enfin, toute attribution de mission entraîne l'obligation pour la structure ou l'établissement concerné de respecter (dans l'exercice de sa mission) un ensemble d'obligations définies à l'article L6112-3 CSP :

- garantir à tout patient accueilli l'égal accès à des soins de qualité ;
- garantir 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 ;
- garantir une prise en charge aux tarifs opposables.

Est ainsi créé un outil d'organisation de l'offre de soins, tenant compte de l'ensemble des acteurs sur un territoire, analogue à l'outil pré-existant sur les autorisations d'activité de soins. En effet, la prise en considération de l'ensemble des acteurs assument, ou contribuant à assumer, la mission permet d'avoir une appréciation territoriale globale de l'offre, dans le but de tenir compte au mieux du besoin de la population.

Les principes généraux d'un service public hospitalier, non listés en tant que tels continuent néanmoins à s'appliquer à l'ensemble des activités générales des établissements publics, privés d'intérêt collectif, voire privés.

Concernant spécifiquement les MSP, « tous les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions 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'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;
- 11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ».

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

Les personnels des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Ces personnels intervenant dans les établissements publics sont très majoritairement salariés (voir tableau 1).

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

- des personnels titulaires : les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférence-praticiens hospitaliers (MCU-PH) sont des fonctionnaires en leur qualité d'enseignants-chercheurs ;
- les praticiens hospitaliers universitaires (PHU) qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;
- des personnels non titulaires : les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et, les assistants hospitaliers universitaires (AHU).

Les praticiens hospitaliers (PH) sont régis par des statuts spécifiques figurant dans le code de la santé publique ; ils ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière. De même, les praticiens contractuels, assistants et praticiens attachés sont régis par des dispositions statutaires prévues par le code de la santé publique. Ces médecins interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers.

Avec la mise en œuvre de la loi HPST, les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics sont élargies, ils peuvent désormais être autorisés, dans l'ensemble des établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins. Ainsi, selon l'article L6146-2, « le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque

les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile ». Dans les cliniques privées, les médecins ont 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, quant à eux, majoritairement des salariés de droit privé. Des professionnels libéraux peuvent également y intervenir.

Par ailleurs, un praticien hospitalier peut être détaché, en qualité de salarié, dans les établissements de santé privés chargés d'une ou plusieurs des missions de service public dès lors qu'il exerce ses fonctions dans le cadre d'une ou plusieurs de ces missions, ou auprès de certains établissements médico-sociaux accueillant notamment des personnes âgées dépendantes (Article R6152-51).

Un établissement public de santé peut recruter un assistant et par voie de convention de coopération le mettre à disposition d'un établissement ESPIC pour une partie de son temps de travail en application des dispositions prévues aux articles R6152-501 et R6152-502 du CSP. De même, les praticiens attachés peuvent être recrutés dans les EHPAD conformément aux dispositions de l'article L313-12 du code de l'action sociale et des familles. Les personnels hospitalo-universitaires peuvent quant à eux être affectés dans un établissement privé associé au centre hospitalier universitaire, dans le cadre d'une convention d'association.

Enfin, les établissements publics et privés d'intérêt collectif accueillent en outre des médecins en cours de formation (les internes). Depuis la loi HPST, les cliniques privées peuvent également accueillir des internes.

Ainsi, la loi HPST a ouvert les statuts à l'ensemble des établissements de santé, alors qu'auparavant il existait de nombreuses situations impossibles.

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

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

■ Peu fréquent

■ Situation majoritaire

■ Situation impossible

Les personnels non médicaux

Les personnels non médicaux des établissements de santé publics relèvent de la fonction publique hospitalière. La grande majorité d'entre eux (environ 85 %) sont des fonctionnaires relevant des titres I et IV du statut général de la fonction publique, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels à durée déterminée ou indéterminée ou à des personnels intérimaires, soit pour assurer des fonctions pour lesquelles il n'existe pas de corps de fonctionnaires, soit pour des remplacement temporaires ou pour faire face à des accroissements momentanés d'activité. Le même statut s'applique aux personnels des établissements publics consacrés à des activités médico-sociales et sociales (hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale). Les personnels des établissements de santé privés sont, quant à eux, soumis aux dispositions du code du travail, de conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privés avec ou sans but lucratif), et des clauses particulières de leur contrat de travail.

IV – Les groupements de coopération sanitaire

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée avait créé les groupements de coopération sanitaire (GCS) comme instrument de coopération entre les établissements publics et privés de santé.

La loi HPST a refondu le cadre juridique de ces groupements. Elle distingue désormais, selon leurs finalités, deux grandes catégories de GCS :

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

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

Le GCS de moyens

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

Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

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

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

Un GCS de moyens peut également être titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd, d'une pharmacie à usage intérieur ou encore, être la structure juridique exploitant un laboratoire de biologie médicale.

Le GCS de moyens permet des coopérations entre les secteurs sanitaire, médico-social et libéral. Sa seule obligation est de comporter un établissement de santé. En effet, selon l'article L6133-2, « un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux [...], des centres de santé et des pôles de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé ». Par ailleurs, « d'autres professionnels de santé ou organismes peuvent participer à ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé ».

Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être employeur. Le statut juridique du groupement détermine alors les règles de recrutement des personnels médicaux et non-médicaux. Par ailleurs, selon les articles R6133-6 et R6133-3, les établissements membres du GCS peuvent mettre à disposition du groupement leur personnel. Celui-ci peut également être détaché auprès du GCS (Article R6152-51).

Selon l'article L6133-3, « le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive [voir ci-dessous] est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en assure la publication. Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication ».

Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public ou de droit privé selon les personnes qui le composent. Ainsi, s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux, le GCS est de droit public. En revanche, le GCS est une personne morale de droit privé s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé. Par ailleurs, lorsque le GCS comporte à la fois des personnes de droit public et de droit privé, il acquiert la nature juridique de la ou des personnes majoritaires au capital, ou s'il est constitué sans capital, majoritaires aux charges de fonctionnement du groupement.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, le groupement est soumis aux règles de la comptabilité publique et il est doté d'un agent comptable désigné dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Lorsque ce groupement est une personne morale de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes. » (Article L6133-5).

Selon l'article L6133-4, « la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire de moyens définit son objet. Elle précise la répartition des droits statutaires de ses membres, proportionnellement à leurs apports ou à leur participation aux charges de fonctionnement, ainsi que les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus de ses dettes. Elle détermine [...] les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement. [...] ».

Le GCS-établissement de santé

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

un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent », sous certaines conditions (Article L6133-7).

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

V – L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

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

À ce titre :

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

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

À ce titre :

- a) elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées [ou dans certains établissements et

services sociaux et médico-sociaux] une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux ;

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

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

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

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

f) elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

g) [...] elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

h) en relation avec les autorités compétentes de l'État et les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel ;

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

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

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

2° Un établissement de santé ;

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

L'autorisation est subordonnée au respect d'engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'Assurance maladie ou au volume d'activité et également à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret (Article L6122-5). Elle

ENCADRÉ ● Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2010, année de référence pour cette publication, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes (Article R6122-25) :

- « 1° Médecine ;
- 2° Chirurgie ;
- 3° Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- 4° Psychiatrie ;
- 5° Soins de suite et de réadaptation¹ ;
- 7° Soins de longue durée ;
- 8° Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;
- 9° Traitement des grands brûlés ;
- 10° Chirurgie cardiaque ;
- 11° Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
- 12° Neurochirurgie ;
- 13° Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- 14° Médecine d'urgence ;
- 15° Réanimation ;
- 16° Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- 17° Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
- 18° Traitement du cancer ;
- 19° Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ».

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

Par ailleurs, en 2010, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants (Article R6122-26) :

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

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

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

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.

L'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé, ou titulaire de l'autorisation, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. Lorsqu'il comporte des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans (Article L6114-1). Ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou

des titulaires de l'autorisation sur la base du projet régional de santé (PRS) défini à l'article L1434-1, et notamment du schéma régional d'organisation des soins ou du schéma interrégional.

Les PRS et les SROS

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

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

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) est donc intégré au sein du projet régional de santé. Il remplace l'ancien schéma régional d'organisation sanitaire. Si les modalités d'élaboration du nouveau SROS ne diffèrent pas de celles du schéma régional d'organisation sanitaire – elles sont basées sur la consultation avec les professionnels de santé –, les modalités de consultation sont élargies suite à la loi, du fait notamment de la création de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. D'autre part, le SROS doit être élaboré de manière coordonnée avec les schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale. Une des innovations du nouveau SROS est l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire. En effet, selon l'article R1434-4, le SROS comprend un volet hospitalier et un volet ambulatoire.

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'efficience de l'offre de soins » et précise « les modalités de coordination des établissements, professionnels et services de santé » ainsi que « les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation des soins » (Article R1434-4). Selon l'article L1434-7, le SROS « a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. [...] ». Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales ».

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

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

- 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;
- 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

- 3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;
- 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L6112-2
- 5° Les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire [...] ».

Mis en place par l'ordonnance du 4 septembre 2003, l'ancien dispositif de régulation avait pris définitivement le relais de la carte sanitaire qui fixait des plafonds de capacité d'accueil ou de nombre d'équipements. Il s'était mis en place à compter de la publication des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire, dits SROS de 3^e génération, et ce au plus tard le 31 mars 2006 et pour une période de cinq ans. L'année 2010, année de référence de l'ouvrage se situe dans le déroulement des SROS III.

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

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

VI – Le financement

Deux modes de financement distincts selon les disciplines

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

- La tarification à l'activité (T2A) a été introduite en 2004 dans les établissements publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH), financés antérieurement par dotation globale, et en 2005 dans les établissements privés à but lucratif jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (forfait de salle d'opération par exemple). La T2A rémunère l'activité de soins produite dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) quels que soient le statut de l'établissement et le type d'activité (hospitalisation complète, partielle, à domicile, structure de dialyse), à l'exception des hôpitaux locaux et des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre et Miquelon. Concernant les hôpitaux locaux, la loi HPST du 21 juillet 2009 a supprimé le statut d'hôpital local. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a néanmoins prévu qu'ils resteraient financés par la dotation annuelle de financement (DAF) jusqu'au 1^{er} janvier 2012 et que le passage à la T2A ferait l'objet d'un calendrier aménagé. Il est à noter que le périmètre de la T2A a été élargi aux établissements militaires (service de santé des armées – SSA) depuis le 1^{er} janvier 2009 et aux établissements de Guyane (avec une mise en œuvre progressive aboutissant en 2018) depuis le 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 (DAF) ou d'établissements privés à but lucratif (facturation de prix de journée).

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) présente depuis 2006 deux sous-objectifs hospitaliers distincts selon le mode de financement qui génère ces dépenses : les dépenses des établissements de santé relevant de la tarification à l'activité et les autres dépenses relatives aux établissements de santé (voir schéma et tableau 2). Ce second sous-objectif agrège les dépenses de psychiatrie et de SSR, celles des ex-hôpitaux locaux, des unités de soins de longue durée (USLD),

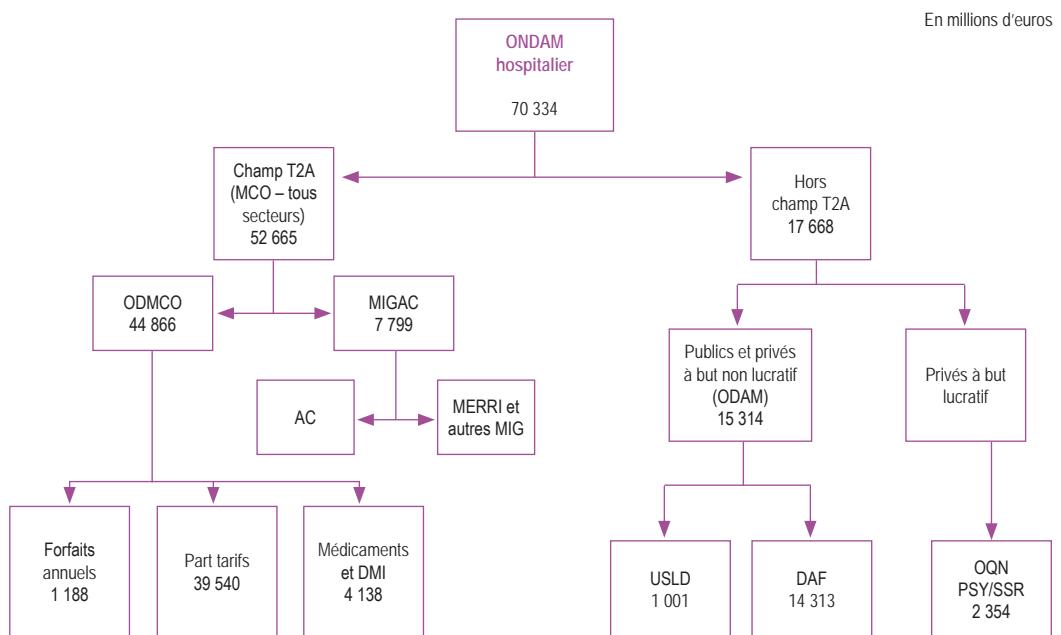
mais aussi certaines dépenses non régulées ainsi que celles du fonds de modernisation des établissements publics et privés (FMESPP) intégré dans l'ONDAM la même année.

Les composantes de la T2A

La T2A comporte elle-même deux composantes.

- La première composante rémunère des prestations de soins selon une nomenclature tarifaire révisée chaque année, dont le socle correspond à des forfaits au séjour tout compris (groupes homogènes de séjours – GHS). Les séjours réalisés dans les établissements sont préalablement rattachés à des groupes homogènes de malades (GHM) selon des caractéristiques médico-économiques codées et rassemblées à la sortie du patient dans un résumé de sortie standardisé (RSS).

SCHÉMA ● La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2010¹



1. Hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Les chiffres présentés correspondent aux dépenses constatées en 2010.

Sources • Rapport des réalisations de la campagne budgétaire 2010 ATIH.

Sigles

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

ODMCO : Objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique

MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MERRI : Missions d'enseignement, recherche, référence et innovation

MIG : Missions d'intérêt général

AC : Aide à la contractualisation

ODAM : Objectif des dépenses d'assurance maladie

DMI : Dispositifs médicaux implantables

USLD : Unité de soins de longue durée

DAF : Dotation annuelle de financement

OQN PSY/SSR : Objectif national quantifié, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation

TABLEAU 2 ● Les dépenses hospitalières dans l'ONDAM

		Dépenses hospitalières dans l'ONDAM, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, USLD, etc.	T2A	dont ODMCO	dont dotation MIGAC
2009	Dépenses constatées	69 106	17 701	51 405	43 727	7 678
2010	Dépenses constatées	70 333	17 668	52 665	44 866	7 799
2011	Dépenses constatées	72 050	18 156	53 894	45 774	8 120
2012*	Objectifs	74 008	18 652	55 356	46 793	8 563

* DGOS, Circulaire relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé.

Sources • ATIH, Analyse de l'activité hospitalière 2011.

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 prélevements d'organes.

La médecine d'urgence, les greffes et les prélevements 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 tarifables. Il s'agit de financer des missions comme la recherche ou l'enseignement (missions d'enseignement, recherche, référence et innovation – MERRI) et des missions d'intérêt général (MIG) fixées par arrêté qui consomment 71 % des MIGAC en 2010. À ce titre, la dotation MIGAC finance, par dérogation à la règle générale, des activités de soins identifiables, mais dispensées à certaines populations spécifiques (détenus par exemple). Néanmoins, la dotation d'aide à la contractualisation (AC, 29 % de la dotation MIGAC en 2010) finance les autres engagements pris par les établissements dans les contrats pluri annuels 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 (1,1 % en 2010) ;
- chaque secteur se voit appliquer des tarifs différents mais calculés selon une méthodologie commune (ceux des cliniques n'incluant pas les honoraires perçus par les médecins comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'ONDAM et non dans les dépenses hospitalières).

Une réforme progressive et aménagée

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

- pour les établissements privés à but lucratif, un coefficient de transition appliquée aux tarifs nationaux a été calculé pour chaque établissement jusqu'au début de l'année 2011. Depuis mars 2011, il n'a plus lieu d'être (coefficients de 1 pour tous les établissements) ;
- 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 annuelle complémentaire (DAC). En 2008, la DAC a été supprimée, les tarifs nationaux sont applicables à 100 % et sont modulés par un coefficient de transition spécifique à chaque établissement. Ce coefficient est de 1 depuis le 1er mars 2011, date de fin de la période de transition. La convergence est donc achevée.

La T2A comportait également un objectif de convergence des tarifs entre les deux secteurs, mais le terme de sa mise en œuvre, fixé dans un premier temps à 2012 d'après la loi de financement de la sécurité sociale – LFSS – de 2004, a été repoussé à 2018 par la LFSS pour 2010. Le PLFSS 2013 examiné au Parlement à l'automne 2012 propose l'arrêt du processus de convergence tarifaire entre les deux secteurs.

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

Les grandes catégories d'établissements de santé

En France métropolitaine et dans les DOM, 2 710 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offrent 417 000 lits d'hospitalisation à temps complet et 63 000 places d'hospitalisation partielle. Ces structures diffèrent par leur statut juridique, leur taille et leurs missions.

Résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. Des structures de trois types de statuts juridiques cohabitent ; elles ont des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public très différents. Les statuts des personnels y travaillant présentent la même hétérogénéité.

2 710 structures hospitalières offrant 417 000 lits et 63 000 places

Au 31 décembre 2010, 2 710 structures hospitalières disposent de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (comptées en places) en France métropolitaine et dans les DOM, y compris le service de santé des armées (SSA). Le nombre de lieux de soins est en réalité plus élevé car on dénombre soit des établissements géographiques, soit des entités juridiques (voir définitions). Ces structures hospitalières peuvent être de tailles et de natures très différentes. Au total, elles offrent une capacité d'accueil de 417 000 lits et 63 000 places (voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital »). De plus, certains établissements autorisés dispensent des soins (comptés en séances) sans avoir de capacité d'accueil. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. On dénombre à ce titre, en 2010, 112 entités juridiques de dialyse auxquelles sont rattachées 684 antennes. Enfin, les structures hospitalières peuvent former des groupements de coopération sanitaire pour mutualiser des moyens ou une partie de leur activité. Ces groupements peuvent eux-mêmes être érigés en établissements de santé (publics ou privés) s'ils sont titulaires d'autorisations d'activité de soins (voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel »). Le nombre de structures hospitalières s'est continûment réduit, essentiellement en raison de la disparition d'établissements géographiques (voir définitions) de statut privé. Ces derniers ont vu leur nombre diminuer sous l'effet des réorganisations et restructurations. Ces mouvements tiennent à de nombreux facteurs, liés aussi bien à la rationalisation de la prise en charge qu'à l'amélioration de la qualité de celle-ci. Toutefois, les nouveaux modes de coopérations pourraient conduire dans les prochaines années à une augmen-

Champ

France métropolitaine et DOM y compris service de santé des armées (SSA). Etablissements 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 (112 entités juridiques auxquelles sont rattachées 684 antennes) et de radiothérapie. Les ESPIC se substituent de manière générale aux établissements privés à but non lucratif. Cependant, la préservation traditionnelle « établissements publics/privés à but non lucratif/privés à but lucratif » est conservée dans le reste de l'ouvrage. Par ailleurs, la catégorie « hôpital local » n'existe plus

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

Définitions

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

- L'**entité juridique (EJ)** qui correspond à la définition de l'entité institutionnelle de la comptabilité publique. Elle possède un conseil d'administration ou un conseil de surveillance, une direction et est maîtresse de sa décision. Elle exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine.
- L'**entité géographique** (ou établissement, ET) correspond en général au site

tation du nombre d'entités juridiques (entités juridiques institutionnelles et entités juridiques détentrices d'autorisation).

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 956 entités juridiques publiques, coexistent trois types d'établissements qui se différencient selon leurs missions : 33 centres hospitaliers régionaux (CHR) assurent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; 810 centres hospitaliers (y compris ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie des prises en charge de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ainsi que la prise en charge et les soins pour les personnes âgées ; 90 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie (voir tableau). Enfin, les 23 « autres établissements publics » correspondent essentiellement à des centres d'imagerie et de radiothérapie. Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les établissements privés à but lucratif, au nombre de 1 047, et les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC). Ces derniers regroupent les 19 centres de lutte contre le cancer ainsi que 688 autres établissements privés à but non lucratif (voir encadré). Les cliniques privées représentent environ un quart des lits et places du secteur hospitalier et les ESPIC, 14 %.

Un poids du secteur privé très variable selon les régions

En termes de lits et places, le secteur public est prédominant dans l'ensemble des régions, excepté en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) où il représente 46 % des capacités (voir carte). Dans quatre régions, ce secteur dispose de plus de 75 % des capacités. Il s'agit du Limousin, de la Picardie, du Poitou-Charentes et de la Martinique. Les cliniques privées disposent de 46 % des lits et places en Corse, 38 % en PACA, mais de seulement 5 % en Alsace. La part du secteur privé à but non lucratif est très variable d'une région à l'autre : dans quelques régions, ce secteur n'est pas ou peu présent (Corse, Champagne-Ardenne, Guadeloupe, Martinique, Poitou-Charentes), alors qu'en Alsace et en Lorraine, il représente plus de 20 % des lits et places.

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 **differents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement ainsi que la notion de groupement

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

Pour en savoir plus

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

Sources

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

TABLEAU ● Établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par catégorie d'établissements en 2010

Catégorie d'établissements	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
Public	956	260 642	37 761
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	33 *	75 903	8 663
Centres hospitaliers (CH) (dont anciens hôpitaux locaux)	810 *	154 182	14 319
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	90	26 849	14 350
Autres établissements publics	23	3 708	429
Privé à but non lucratif	707	58 436	11 359
Centres de lutte contre le cancer	19 **	2 918	737
Autres établissements à but non lucratif	688	55 518	10 622
Privé à but lucratif	1 047	97 632	13 995
Établissements de soins de suite et de réadaptation	321	24 774	1 819
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	561	60 111	11 249
Établissements de lutte contre les maladies mentales	140	11 333	860
Établissements de soins de longue durée	12	508	-
Autres établissements privés à but lucratif	13	906	67
Ensemble	2 710	416 710	63 115

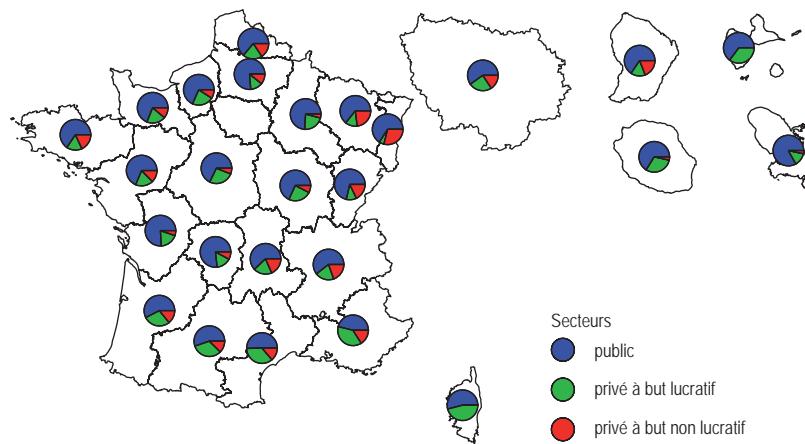
* En 2010 le centre hospitalier Félix Guyon et le groupe hospitalier Sud Réunion sont comptés dans les recueils comme deux CHR distincts.

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

Champ • France métropolitaine et DOM. Y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010 traitement DREES.

CARTE ● Répartition du nombre de lits et places au 31 décembre 2010 selon le statut juridique



Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010 traitement DREES.

Les capacités d'accueil à l'hôpital

En 2010, 417 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et dans les DOM, y compris le service de santé des armées (SSA), soit une diminution de 60 000 lits d'hospitalisation en huit ans. En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre en 2010 un total de 63 000 places.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 2002 et 2010, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 475 000 à 417 000, y compris le service de santé des armées (SSA). La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et a concerné la quasi-totalité des disciplines. Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) et en psychiatrie a diminué de façon importante tout au long de la période ; 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, particulièrement forte en 2009 du fait de l'application de la circulaire de novembre 2008 relative à la partition des unités de soins de longue durée (USLD) [circulaire DHOS/02/F2/DGAS/2C/CNSA n° 2008/340 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les USLD], s'est poursuivie en 2010. Seules les capacités en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ont continué d'augmenter, le nombre de lits étant passé de 92 000 en 2002 à plus de 100 000 en 2010 (voir graphique 1).

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

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

Depuis la seconde moitié des années 1980, une transformation des modes de prise en charge à la faveur de l'hospitalisation à temps partiel est en effet intervenue à la suite des innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) ont pu être effectuées en dehors du cadre

Champ

France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

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

Définitions

Les capacités sont classées en fonction de l'autorisation rattachée

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

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

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

traditionnel de l'hospitalisation à temps complet. Entre 2002 et 2010, il s'est ainsi créé plus de 9 000 places d'hospitalisation à temps partiel en MCO, venant compléter les 17 000 places déjà existantes (voir graphique 2). En psychiatrie, le nombre de places a faiblement augmenté depuis 2002 (+1 700 places seulement, soit une augmentation moyenne de 0,8 % par an). 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 et n'a que peu d'influence sur le nombre total de places. En moyen séjour, et en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, plus de 3 000 places ont été créées en huit ans. La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. En 2010, 41 % des places d'hospitalisation à temps partiel en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont offertes par les cliniques, en particulier en anesthésie et en chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif regroupent près de la moitié des capacités d'hospitalisation à temps partiel en moyen séjour, et 18 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 80 % des places en psychiatrie ainsi que 49 % des places en court séjour avec une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique.

Les disparités régionales continuent à se réduire

Toutes disciplines confondues, le nombre de lits pour 10 000 habitants varie de 35 pour La Réunion à 83 dans le Limousin (voir carte 1) et le nombre de places, de 2 en Guyane à 13,5 dans le Limousin (voir carte 2). Le Limousin et l'Auvergne se distinguent par une forte densité de lits comme de places. À l'opposé, la Guyane apparaît sous-dotée pour les deux types de capacités.

L'amplitude des disparités de lits et places entre régions varie selon la discipline : elles sont très faibles en court séjour (coefficient de variation (CV) de 0,12), un peu plus importantes en psychiatrie ou en moyen séjour (CV de 0,25 et 0,22). Toutefois, les disparités entre régions se sont fortement réduites ces dernières années.

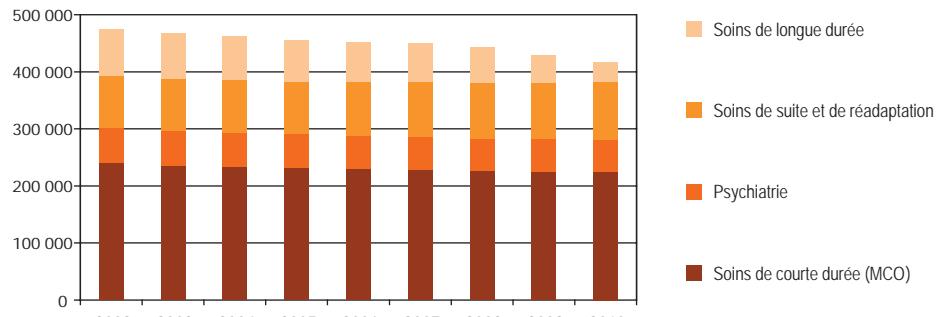
• **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et places installés au 31 décembre 2010, 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 ».

Sources

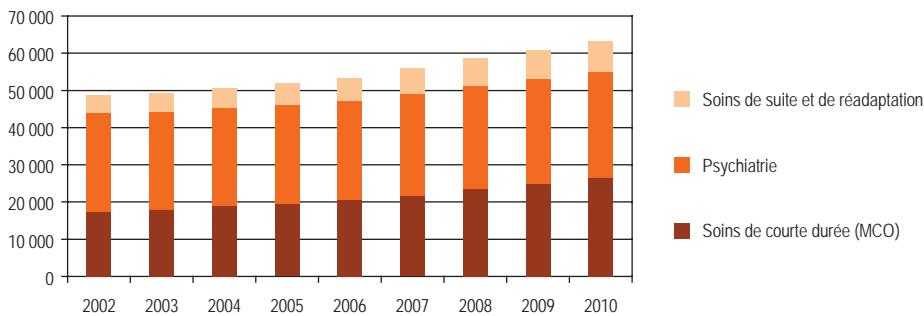
La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète entre 2002 et 2010



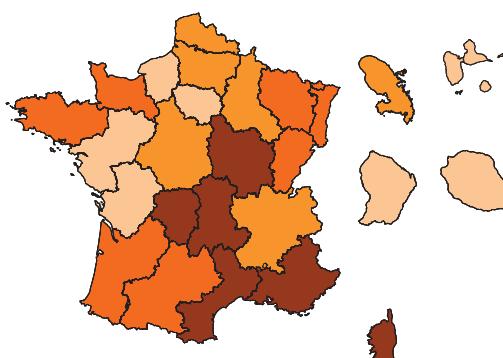
Champ • France métropolitaine et DOM. Y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2002-2010 traitement DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle entre 2002 et 2010



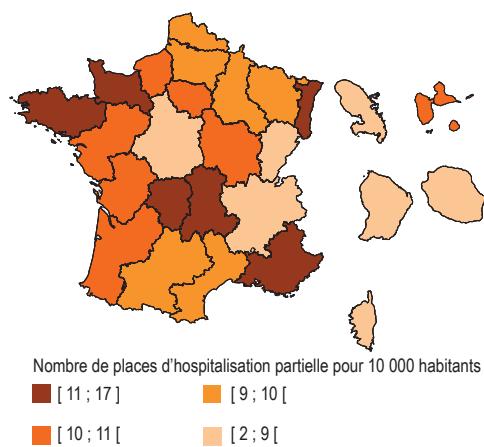
Champ • France métropolitaine et DOM. Y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2002-2010 traitement DREES.

CARTE 1 ● Densité de lits en France en 2010



Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2010 traitement DREES ; INSEE, estimations localisées de la population au 1^{er} janvier 2010 (données provisoires).

CARTE 2 ● Densité de places en France en 2010



Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2010 traitement DREES ; INSEE, estimations localisées de la population au 1^{er} janvier 2010 (données provisoires).

L'activité en hospitalisation complète et partielle

En France métropolitaine et dans les DOM, le secteur hospitalier a pris en charge en 2010 près de 26 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, notamment en moyen séjour. Le nombre de journées d'hospitalisation diminue de 3 %, suite à une forte baisse en soins de longue durée. Les portefeuilles d'activité des établissements de santé par mode de prise en charge et grande discipline font apparaître leur spécialisation, comme les soins de longue durée et la psychiatrie qui sont essentiellement pris en charge par les établissements publics.

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

Au cours de l'année 2010, les établissements de santé ont pris en charge 25,9 millions de séjours répartis en 12,1 millions d'hospitalisations à temps complet et 13,8 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins de un jour (voir tableau). La répartition des séjours selon les grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) concerne 87 % des prises en charge, le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) 8 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée représentent maintenant une part négligeable de l'activité.

Près de 40 % des hospitalisations à temps partiel relèvent de la psychiatrie, secteur dans lequel les alternatives à l'hospitalisation ont été développées depuis les années 1970. Les soins de courte durée représentent quant à eux 44 % des venues et le moyen séjour 18 %.

Évolution progressive des modes de prise en charge

Depuis une vingtaine d'années, on enregistre une diminution de l'activité d'hospitalisation à temps complet, même si le nombre d'entrées en hospitalisation complète s'est globalement stabilisé ces dernières années. Dans le même temps, se sont développées les prises en charge à temps partiel, avec des disparités toutefois selon le statut juridique et la discipline d'équipement. En 2010, l'activité à temps partiel a augmenté dans l'ensemble de 2,5 % : +6,4 % en moyen séjour, +1,7 % en médecine, chirurgie et obstétrique et +1,6 % en psychiatrie.

Diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

L'activité de soins de longue durée, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre d'entrées, poursuit sa forte diminution en 2010 (-27,7 %), avec 12 millions de journées. Après une augmentation jusqu'en 2001, l'activité a diminué dans cette discipline, suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'un grand nombre d'unités.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2010, en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances), y compris les services de santé des armées (SSA). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux

n'est pas comptabilisée ici (0,3 % des séjours).

Définitions

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

Le nombre de journées d'hospitalisation continue d'augmenter en moyen séjour (+2,6 %), mais se stabilise en médecine, chirurgie, obstétrique (+0,2 %) et en psychiatrie (+0,5 %).

Peu de variations régionales

Le nombre d'entrées en hospitalisation complète en MCO rapporté à la population s'élève à 16,1 % pour la France et les DOM (voir carte). Ce nombre dépasse les 18 % en Limousin, Corse et Bourgogne, régions qui comptent parmi les plus âgées avec environ trois habitants sur dix âgés de 60 ans ou plus. A l'opposé, c'est pour La Réunion qu'il est le plus bas (13,2 %), région qui comporte également la proportion la plus faible de personnes âgées de 60 ans et plus. Or, c'est surtout après 65 ans que le taux d'hospitalisation en MCO augmente fortement (voir la fiche « Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle »).

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

La structure d'activités, tant en termes de grande discipline que de mode de prise en charge, varie sensiblement selon le statut juridique des établissements de santé (voir graphique). Les soins de courte durée en hospitalisation complète et partielle sont essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques privées. Les établissements publics et privés à but non lucratif accueillent la plus grande partie des séjours psychiatriques, notamment à temps partiel. Chaque type d'établissements assure une proportion presque équivalente des soins de moyen séjour ; les établissements privés à but non lucratif prennent toutefois une forte part dans les soins de suite et de réadaptation à temps partiel et les établissements publics dans ceux à temps complet. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation sont confirmées et amplifiées lorsque l'on analyse la répartition des activités par pathologie ou par acte médical (voir les fiches « La spécialisation en médecine », « La spécialisation en chirurgie », « La spécialisation en obstétrique »).

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

• Les différents statuts juridiques

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

Sources

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

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

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

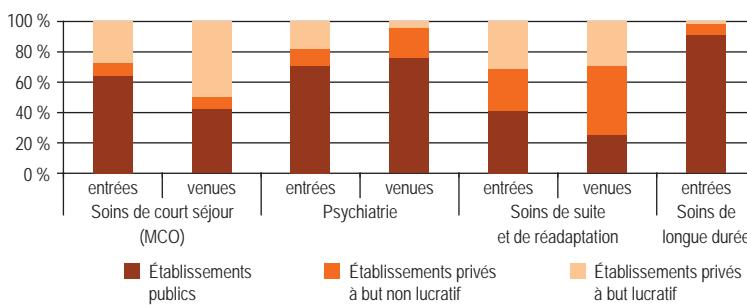
TABLEAU ● Nombre de journées et de séjours (entrées et venues) par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2010

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010
Venues en hospitalisation partielle	7 238 219	1,1 %	2 606 696	4,0 %	3 980 678	4,0 %	13 825 593	2,5 %
MCO	2 577 226	0,5 %	460 774	2,5 %	3 022 227	2,6 %	6 060 227	1,7 %
Psychiatrie	4 026 633	0,9 %	1 026 783	1,5 %	232 273	15,3 %	5 285 689	1,6 %
Soins de suite et réadaptation	634 360	5,0 %	1 119 139	6,9 %	726 178	6,7 %	2 479 677	6,4 %
Entrées en hospitalisation complète	7 615 545	0,5 %	1 166 050	0,4 %	3 271 965	-1,3 %	12 053 560	0,0 %
MCO	6 747 871	0,4 %	829 424	-0,3 %	2 852 091	-1,7 %	10 429 386	-0,2 %
Psychiatrie	452 811	2,5 %	69 195	5,7 %	117 071	2,3 %	639 077	2,8 %
Soins de suite et réadaptation	394 029	0,5 %	265 935	1,3 %	302 351	1,5 %	962 315	1,1 %
Soins de longue durée	20 834	-19,5 %	1 496	-25,1 %	452	-50,9 %	22 782	-20,9 %
Journées en hospitalisation complète	78 781 472	-4,3 %	16 856 651	-1,6 %	27 308 138	0,7 %	122 946 261	-2,8 %
MCO	42 759 457	0,8 %	4 779 992	0,5 %	13 110 632	-2,0 %	60 650 081	0,2 %
Psychiatrie	12 275 784	0,4 %	2 261 350	-1,9 %	4 100 279	2,4 %	18 637 413	0,5 %
Soins de suite et réadaptation	12 804 072	2,0 %	8 909 905	1,5 %	9 906 928	4,5 %	31 620 905	2,6 %
Soins de longue durée	10 942 159	-27,6 %	905 404	-30,0 %	190 299	-26,4 %	12 037 862	-27,7 %

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009-2010 traitement DREES, pour l'activité de court séjour; DREES, SAE 2009-2010 traitement DREES, pour les disciplines hors MCO.

GRAPHIQUE ● Répartition des séjours en 2010

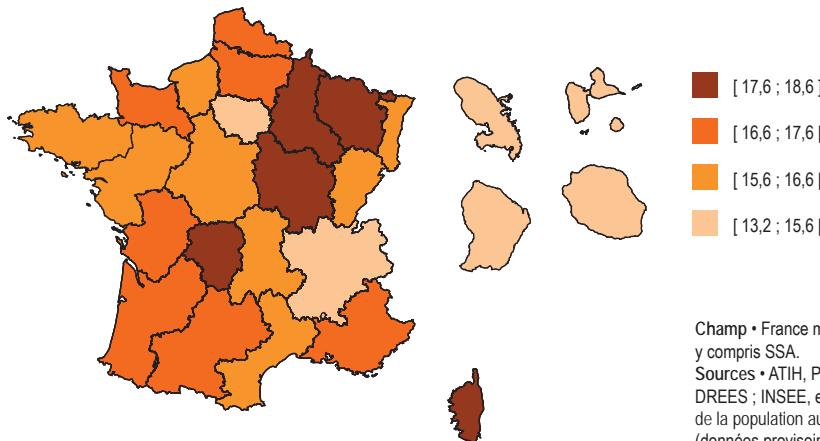


Note • Entrées pour l'hospitalisation à temps complet ; venues pour l'hospitalisation à temps partiel.
Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010 traitement DREES, pour l'activité de court séjour, DREES, SAE 2010 traitement DREES, pour les disciplines hors MCO.

CARTE ● Nombre d'entrées en hospitalisation complète MCO pour 100 habitants en 2010



Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010 traitement DREES ; INSEE, estimations localisées de la population au 1^{er} janvier 2010 (données provisoires).

Les autres prises en charge hospitalières

Les établissements de santé ont réalisé, en 2010, 14 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 63 000 places. À ces prises en charge, il faut ajouter près de 14 millions de séances ou de préparations de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse ainsi que des séjours en hospitalisation à domicile.

Les alternatives à l'hospitalisation complète

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

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

Jusqu'en 2006, l'hospitalisation de moins de un jour a connu une progression considérable. En 2007, les modifications du codage des prises en charge – liées à la circulaire sur les actes frontières et à l'arrêté sur les forfaits « sécurité-environnement » (SE) – ont eu pour effet de conduire à une baisse très nette de l'hospitalisation partielle par rapport à 2006, au profit notamment des consultations externes (non étudiées dans cette fiche). Entre 2007 et 2008, il est toujours difficile de mesurer une évolution à champ constant. Après 2008, cette comparaison est de nouveau possible, et l'hospitalisation partielle en court séjour continue de progresser : +3 % entre 2008 et 2009, +1,7 % entre 2009 et 2010, tous secteurs confondus.

Les séances

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

Champ

Activités alternatives à l'hospitalisation à temps complet ayant fonctionné en 2010 en France métropolitaine et dans les DOM, y compris service de santé des armées (SSA), sauf pour l'hospitalisation à domicile qui ne comporte pas les SSA. Les consultations externes déclarées par les établissements publics de santé ne sont pas comptabilisées.

Définitions

• **Alternatives à l'hospitalisation :** elles sont 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

les cliniques privées. Le secteur public occupe, quant à lui, une place prépondérante dans l'activité de chimiothérapie. En effet, 51 % des préparations délivrées le sont dans ce secteur. Les dix-neuf centres de lutte contre le cancer prennent également en charge une partie importante de l'activité de radiothérapie et de chimiothérapie. En effet, ces établissements ont délivré 15 % des préparations de chimiothérapie et réalisé 20 % des séances de radiothérapie.

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

Les consultations mémoires

En lien avec la mise en place du Plan Alzheimer 2008-2012, 644 entités ayant une activité de médecine ou de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) déclarent avoir une consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées en France métropolitaine et dans les DOM. Ces consultations ont accueilli quelque 283 000 patients différents au cours de l'année 2010, dont plus de la moitié (160 000) sont de nouveaux patients pris en charge.

Les soins palliatifs

En France métropolitaine et dans les DOM, on comptabilise, en 2010, 114 unités de soins palliatifs (USP); celles-ci totalisent 1 300 lits (voir tableau 3). Ces unités sont présentes en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) ou en moyen séjour. Par ailleurs, près de 5 100 lits sont des lits identifiés en soins palliatifs, mais localisés hors d'unités dédiées (USP). Enfin, 395 équipes mobiles spécifiques de soins palliatifs (EMSP) se déplacent au lit des malades, auprès des soignants, voire interviennent au domicile ou dans d'autres structures. Elles ont un rôle de conseil et de soutien et ne pratiquent pas de soins.

Les urgences

En France métropolitaine et dans les DOM, les urgences ont accueilli 17,5 millions de passages en 2010. Les urgences ainsi que d'autres formes de prise en charge ambulatoire à l'hôpital (en particulier la psychiatrie) font l'objet de fiches spécifiques (voir chapitres 5 et 6).

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 19 et sont répartis dans 16 régions françaises. Ils assurent des missions de soins, de recherche et d'enseignement, et sont spécialisés en cancérologie.

Pour en savoir plus

• Baubé D., Carrasco V., Mermilliod C., 2005, « L'activité de radiothérapie en

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

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

Sources

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

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

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Venues/ Séjours (1)	Places	Venues/ Séjours (1)	Places	Venues/ Séjours (1)	Places	Venues/ Séjours (1)	Places
Hospitalisation partielle en MCO								
dont médecine	1 733 256	8 680	254 726	1 363	1 342 400	2 141	3 330 382	12 184
dont anesthésie-chirurgie	612 645	3 562	191 059	1 146	1 620 302	8 638	2 424 006	13 346
dont gynéco-obstétrique	231 325	992	14 989	32	59 525	40	305 839	1 064
Total	2 577 226	13 234	460 774	2 541	3 022 227	10 819	6 060 227	26 594
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	4 026 633	22 335	1 026 783	5 030	232 273	920	5 285 689	28 285
Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	634 360	2 192	1 119 139	3 788	726 178	2 256	2 479 677	8 236
Total	7 238 219	37 761	2 606 696	11 359	3 980 678	13 995	13 825 593	63 115
Hospitalisation à domicile (2) (HAD) (données hors SSA)	56 159	3 476	85 039	7 330	10 941	1 581	152 139	12 387

(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, y compris SSA.

(2) Champ • France métropolitaine et DOM, non compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010 traitement DREES, pour l'activité de court séjour; PMSI-HAD 2010 traitement DREES pour l'HAD; SAE 2010 traitement DREES, pour les autres disciplines.

TABLEAU 2 ● Nombre de séances ou de préparations en 2010 selon le statut de l'établissement

Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif, dont CLCC*	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Chimiothérapie				
Nombre de venues en chimiothérapie	946 183	375 596	706 406	2 028 185
Nombre de préparations de chimiothérapie délivrées	2 281 493	902 393	1 258 019	4 441 905
Radiothérapie				
Nombre de séances sur malades ambulatoires	886 699	896 751	1 976 432	3 759 882
Nombre de séances sur malades hospitalisés	56 163	55 994	42 460	154 617
Nombre total de séances	942 862	952 745	2 018 892	3 914 499
Dialyse				
Nombre de séances	1 504 221	2 044 999	1 996 329	5 545 549
Nombre total de séances ou de préparations	4 728 576	3 900 137	5 273 240	13 901 953

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

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010 traitement DREES.

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

	Effectif total	Répartition selon le statut de l'établissement		
		Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Unités de soins palliatifs (USP)	114	59 %	25 %	16 %
Nombre de lits dans les USP	1 278	49 %	38 %	13 %
Équipes mobiles spécifiques de soins palliatifs (EMSP)	395	81 %	13 %	6 %
Nombre de lits identifiés « soins palliatifs » hors USP	5 083	59 %	24 %	17 %

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

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010 traitement DREES.

Emplois de médecins, dentistes et pharmaciens

En 2010, le nombre d'emplois médicaux (y compris internes) dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, y compris service de santé des armées (SSA), s'établit à 179 000 (+0,4 % par rapport à 2009). Les emplois salariés qui représentent six emplois sur dix continuent d'augmenter (+0,8 %) tandis que les libéraux concentrés pour 86 % dans les établissements privés à but lucratif diminuent.

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

En 2010, les emplois médicaux des établissements de santé sont au nombre de 179 000 : 111 000 salariés, 42 500 praticiens libéraux et 25 500 internes et assimilés. Le nombre de postes de médecins, biologistes, dentistes et pharmaciens salariés augmente entre 2009 et 2010 (+0,8 %). À l'inverse, le nombre de postes de praticiens libéraux diminue de 1,7 % (voir tableau 1). Deux tiers des emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics, 23 % des cliniques privées et 10 % des établissements privés à but non lucratif.

Le secteur public enregistre une légère hausse de l'ensemble de ses emplois salariés (+0,3 %). En équivalent temps plein (ETP), cette augmentation est plus prononcée (1,8 %) (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 et assimilés augmente toujours, conformément à la hausse continue du nombre de postes ouverts lors des épreuves classantes nationales (ECN). À l'hôpital, ils représentent 24 000 emplois, c'est-à-dire 20 % des emplois médicaux. Enfin, 2 100 professionnels libéraux exercent dans les établissements publics.

Dans les établissements privés à but non lucratif, les emplois médicaux augmentent de 2,9 %. Les emplois salariés, qui représentent 70,2 % des emplois, sont en hausse (+3 %). Ceux des libéraux augmentent de 1,8 % et les internes et assimilés enregistrent une hausse de 5,7 %.

Dans les cliniques privées, les emplois médicaux sont moins

Champ

Personnel médical des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM, y compris service de santé des armées (SSA).

Définitions

- **Le personnel médical** est composé de médecins, de biologistes, d'odontologues et de pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction (FFI) qui sont en formation. Sont déclarés les personnels médicaux des établissements sanitaires, mais également ceux des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation rattachés à des entités juridiques sanitaires. Les médecins sont toutefois très peu nombreux dans ces établissements (1,2 % des équivalents temps plein des médecins salariés).

- **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaillent au sein des cliniques privées. Ils peuvent également intervenir dans les établissements publics

et privés à but non lucratif : les conditions d'exercice de ces praticiens se sont en effet élargies depuis la mise en place de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009. S'agissant des médecins libéraux, on dispose uniquement de l'information sur le caractère « exclusif » ou non de l'exercice, c'est-à-dire sur le fait qu'ils interviennent sur un seul établissement ou non (en sus de leur activité en cabinet).

Lorsque leur contrat de travail ou leur statut leur permet, les médecins salariés (notamment attachés) peuvent exercer dans des hôpitaux différents. Les sources actuelles ne permettent pas d'évaluer les doubles comptes. De ce fait, ce sont davantage des emplois que des effectifs qui sont comptabilisés. Une baisse des emplois à l'occasion de restructurations, par exemple, ne se traduit pas forcément par une baisse du nombre de personnes employées.

- **Spécialité principale d'exercice** : cette notion renvoie à la spécialité reconnue par la Sécurité sociale pour

nombreux qu'en 2009 (-0,9 %). Les emplois salariés augmentent de 5,8 % et les libéraux diminuent de 1,7 %. Cette diminution des libéraux résulte principalement d'une modification de structure au profit de l'exercice exclusif. Les libéraux non exclusifs, exerçant dans plusieurs établissements, sont compétents autant de fois qu'ils interviennent dans des établissements différents. Ainsi un médecin libéral passant d'un exercice non exclusif à un exercice exclusif entraîne une baisse des libéraux non exclusifs plus importante que la hausse des libéraux exclusifs. C'est ce que l'on observe en 2010 : -2,9 % de libéraux non exclusifs et + 1 % d'exclusifs.

La médecine générale et les spécialités médicales mobilisent 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). La part des emplois relevant de la médecine générale et des spécialités médicales est un peu plus élevée dans les établissements publics et privés à but non lucratif (3 postes sur 5) que dans les cliniques privées (4 postes sur 7). Celles-ci se consacrent en effet davantage à la chirurgie (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie »). Quant à la moindre proportion des emplois de praticiens consacrés à la biologie médicale et à la radiologie dans le secteur privé, elle traduit une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux mêmes des établissements.

les médecins libéraux et correspondent généralement à l'intitulé du poste occupé par les salariés. Les médecins qui partagent leur temps entre deux activités sont classés dans la spécialité principale.

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

Pour en savoir plus

- Franklader E., 2012, « Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts », *Dossier solidarité et santé*, n° 25 mars, DREES.
- Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2009, *Le renouvellement des effectifs médicaux*, Rapport 2008-2009, Tome III.
- Vanderschelten M. et Attal-Toubert K., 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 12, DREES.

Sources

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

TABLEAU 1 ● Les emplois médicaux dans les établissements de santé en 2010

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010
Médecins, biologistes, odontologues, pharmaciens								
Salariés	93 693	0,3 %	12 758	3,0 %	4 653	5,8 %	111 104	0,8 %
Libéraux	2 121	-7,5 %	3 939	1,8 %	36 501	-1,7 %	42 561	-1,7 %
Total	95 814	0,1 %	16 697	2,7 %	41 154	-0,9 %	153 665	0,1 %
Internes	21 034	3,7 %	1 236	6,6 %	35	-	22 305	4,0 %
Faisant fonction d'internes (FFI)	2 972	-9,0 %	241	1,7 %	3	-	3 216	-8,2 %
Total internes et FFI	24 006	1,9 %	1 477	5,7 %	38	-	25 521	2,3 %
Total	119 820	0,4 %	18 174	2,9 %	41 192	-0,9 %	179 186	0,4 %

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2009-2010, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Répartition par statut en équivalent temps plein (ETP) des emplois médicaux salariés dans les établissements publics en 2010

	2010	Évolution 2009-2010
Emploi total des salariés	93 693	0,3 %
ETP des hospitalo-universitaires titulaires *	3 193	1,6 %
ETP des praticiens hospitaliers	40 032	2,1 %
ETP des assistants	3 917	2,3 %
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 018	-0,1 %
ETP des attachés	9 593	-3,5 %
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	6 602	9,2 %
Total des ETP salariés	65 354	1,8 %

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

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

TABLEAU 3 ● Les emplois médicaux en établissement de santé en 2010, selon la spécialité

Spécialité	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Structure en %
Médecine générale	15 174	2 410	2 843	20 427	13,3 %
Anesthésie réanimation	7 441	1 121	3 745	12 307	8,0 %
Pédiatrie	3 910	433	690	5 033	3,3 %
Autres spécialités médicales	30 480	6 526	16 138	53 144	34,6 %
Gynécologie-obstétrique	4 049	557	1 759	6 365	4,1 %
Spécialités chirurgicales	11 552	2 244	11 635	25 431	16,5 %
Biologie médicale	5 116	322	1 044	6 482	4,2 %
Psychiatrie	8 122	1 565	1 133	10 820	7,0 %
Pharmacie	3 795	918	1 302	6 015	3,9 %
Autres	6 175	601	865	7 641	5,0 %
Total	95 814	16 697	41 154	153 665	100,0 %

Lecture • 13,3 % des emplois médicaux en établissement de santé concernent la médecine générale en 2010.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

Les internes dans les établissements de santé

Fin 2010, 22 300 étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sont affectés, dans le cadre de leur internat, dans des établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, y compris service de santé des armées (SSA), soit une augmentation de 4 % par rapport à 2009. Le nombre de faisant fonction d'internes (FFI), quant à lui, diminue (-8,2 %), tout comme les années précédentes, excepté en 2009. Les internes sont principalement accueillis dans les établissements publics, avec plus d'un interne sur deux en centre hospitalier universitaire (CHU). La majorité travaille en court séjour, à savoir en médecine, chirurgie et obstétrique.

Davantage d'internes en médecine

Les études de médecine, pharmacie et odontologie sont composées de trois cycles. Pour les étudiants de médecine, le troisième cycle s'effectue obligatoirement dans le cadre d'un internat. À l'inverse, pour les futurs pharmaciens et odontologues, ce statut n'est pas systématique et il est même marginal pour les odontologues. De ce fait, fin 2010, plus de neuf internes sur dix (91,8 %) 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 à but non lucratif : 94,6 % des « temps plein » (y compris hospital-universitaires) sont des médecins. Le nombre d'internes par praticien salarié à temps plein est d'environ 1 pour 3 en médecine et 2 pour 3 en pharmacie.

En 2010, le nombre d'internes augmente de 4 % par rapport à 2009. Cette progression concerne toutes les spécialités mais est plus marquée en médecine (+4,1 %) qu'en pharmacie (+2,3 %). Après une hausse d'environ 5 % en 2009, consécutive à une diminution de 16,8 % en 2007 puis de 7,2 % en 2008, le nombre de médecins diplômés en cours de formation complémentaire « faisant fonction d'internes » (FFI) diminue à nouveau en 2010 (-8,2 %). Désormais, ils ne représentent plus que 12,3 % de l'ensemble des internes titulaires en médecine et FFI, contre 15 % en 2009, 16 % en 2008 et 17,5 % en 2007. Ces mouvements sont liés à la hausse des internes titulaires consécutive à l'augmentation du numerus clausus en médecine, qui rend de moins en moins fréquent le recours à d'autres catégories de médecins pour effectuer les tâches dévolues aux internes.

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

Quelles que soient leur filière et leur spécialité, la grande majorité des étudiants font leur internat dans des établissements publics, et plus particulièrement dans les CHU (57,3 %) (voir tableau 2). Seuls 5,2 % des internes sont accueillis en établissements privés à but non lucratif ; les centres de lutte contre le cancer (CLCC) accueillent près de 38,7 % des internes travaillant dans ces établissements. 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 principalement dans le secteur public avec près d'un FFI sur deux en CHU.

Champ

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

Définitions

- **Les faisant fonction d'internes (FFI) :** ce sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquérir 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 universitai-

res et uniquement dans des établissements hospitaliers publics.

La répartition des internes par catégorie d'établissements reflète celle des médecins, pharmaciens et odontologistes à temps plein, plus nombreux dans les CHU et les CH de grande taille. Cependant, le nombre d'internes par praticien salarié à temps plein est deux fois plus élevé dans les CHU que dans les grands CH. En moyenne, on compte 5,8 internes pour 10 praticiens salariés à temps plein dans un CHU, contre 2,8 dans 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 80,3 % des internes, représentent aussi la majorité des entrées (71,1 %), la répartition des internes entre ces deux catégories n'est pas proportionnelle à l'activité observée. Les CH de grande taille représentent en effet 38,9 % des entrées en 2010 mais n'accueillent qu'un quart des internes. De ce fait les CHU, pour un même nombre d'entrées en hospitalisation complète, comptabilisent trois fois 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), 26,1 % 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 des internes en services psychiatriques (56,3 %) travaillent dans des centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS) et 27,7 % en CHU (voir tableau 4). Là encore, pour un même nombre d'entrées, les services de psychiatrie des CHU comptabilisent trois fois plus d'internes que les CHS. Les médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers en équivalent temps plein travaillent également en grande partie en MCO (49,6 %) et dans les autres disciplines de la section hôpital (35,8 %). Le nombre d'internes et de FFI par praticien salarié à temps plein est d'ailleurs plus important en MCO qu'en psychiatrie, moyen séjour et soins de longue durée (0,51 en MCO contre 0,28 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.

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

TABLEAU 1 ● Les emplois médicaux dans les établissements de santé en 2010, selon la spécialité

Spécialité	Internes			Personnel médical à temps plein (hors libéraux)		Ratio interne / personnel médical à temps plein
	Effectifs	%	Évolution 2009-2010	Effectif	%	
Pharmacie	1 703	7,6 %	2,3 %	2 589	4,5 %	0,66
Odontologie	127	0,6 %	8,5 %	519	0,9 %	0,24
Médecine (médecine générale et spécialité de médecine)	20 475	91,8 %	4,1 %	54 909	94,6 %	0,37
Total	22 305	100,0 %	4,0 %	58 017	100,0 %	0,38

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

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

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Les emplois médicaux salariés en établissement de santé en 2010, selon la spécialité et la catégorie d'établissements

Spécialité	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif	dont centres de lutte contre le cancer	Ensemble des établissements
	Centres hospitaliers universitaires	Centres hospitaliers de grande taille (au moins 300 lits)	Autres établissements publics (y compris CHS*)			
Internes	Effectifs %	12 783 57,3 %	5 121 23,0 %	3 130 14,0 %	1 271* 5,2 %	492 2,2 %
Faisant fonction d'internes (FFI)	Effectifs %	1 418 44,1 %	1 061 33,0 %	493 15,3 %	244 7,6 %	50 1,6 %
Total du personnel médical salarié à temps plein	Effectifs %	23 972 41,3 %	18 094 31,2 %	12 362 21,3 %	3 589 6,2 %	1 261 2,2 %
Entrées	Nombre %	2 765 744 32,2 %	3 344 176 38,9 %	1 857 011 21,6 %	623 286 7,3 %	155 472 1,8 %
Ratio moyen d'internes / personnel médical à temps plein**	0,58	0,28	0,27	0,48	0,44	0,34
Ratio internes / 100 entrées	0,46	0,15	0,17	0,19	0,32	0,26

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

* Sont compris dans les internes des établissements privés à but non lucratif, les 35 internes d'établissements privés à but lucratif participant au service public hospitalier.

** Il s'agit de la moyenne des ratios d'internes rapportés au personnel médical et non du ratio du total des internes rapporté au total du personnel médical.

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

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

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

TABLEAU 3 ● Les emplois médicaux salariés en établissement de santé en 2010, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation

Disciplines	Internes et FFI		Personnel médical (1) salarié		Ratio internes / personnel médical (1) salarié
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques	1 185	4,8 %	727	1,2 %	1,63*
Médecine, chirurgie et obstétrique	14 728	60,0 %	28 969	49,6 %	0,51
Psychiatrie	1 551	6,3 %	6 306	10,8 %	0,25
Soins de suite et de réadaptation	543	2,2 %	1 332	2,3 %	0,41
Soins de longue durée	90	0,4 %	114	0,2 %	0,79
Autres disciplines de la section hôpital	6 414	26,1 %	20 870	35,8 %	0,31
Disciplines sociales, médico-sociales	18	0,1 %	46	0,1 %	0,40
Ensemble des disciplines	24 530	100,0 %	58 363	100,0 %	0,42

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

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

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

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

TABLEAU 4 ● Les internes en services psychiatriques

Établissements	Internes et FFI		Entrées en psychiatrie	Ratio internes / 100 entrées en psychiatrie
	ETP	%		
CHS	873	56,3 %	281 613	0,31
Centres hospitaliers universitaires	429	27,7 %	49 701	0,86
Centres hospitaliers	189	12,2 %	117 149	0,16
Autres établissements	61	3,9 %	9 295	0,65
Ensemble des établissements	1 551	100,0 %	457 758	0,34

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

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

Personnels non médicaux salariés et sages-femmes

En 2010, les personnels non médicaux et les sages-femmes, exerçant à temps plein ou à temps partiel, représentent plus d'un million de salariés en équivalent temps plein dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, y compris service de santé des armées (SSA).

Ces emplois concernent le personnel non médical des établissements sanitaires, mais également celui des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation rattachés à des entités juridiques sanitaires. Ils sont en hausse par rapport à 2009 (+1,2 %). Majoritairement occupés par des femmes, ces emplois sont le plus souvent à temps plein.

Une hausse du nombre d'emplois, modeste dans le secteur privé non lucratif, plus élevée dans les cliniques privées et les établissements publics

Les personnels non médicaux salariés et les sages-femmes (voir définitions) dans les établissements de santé représentent 1 094 000 personnes en équivalent temps plein (ETP). Plus des trois quarts de ces ETP exercent dans des hôpitaux publics. Le quart restant se répartit équitablement entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (voir tableau 1). En 2010, le nombre d'ETP progresse dans tous les secteurs, mais de façon plus ou moins marquée : +1,6 % pour les cliniques privées, +1,3 % pour les établissements publics et +0,6 % pour les établissements privés à but non lucratif. Cette tendance s'observe, dans le secteur privé, principalement chez les personnels soignants, avec une hausse des ETP de 2,1 % dans les cliniques privées contre respectivement 1,3 % et 1 % dans les établissements publics et privés à but non lucratif. À l'inverse, les ETP des personnels techniques sont en baisse dans le secteur privé et en hausse dans le secteur public (+1,4 %).

La tendance au renforcement de la qualification des personnels soignants se poursuit dans les établissements de santé : le nombre d'emplois de sages-femmes, d'infirmiers et d'aides-soignants en ETP augmente respectivement de 3,3 %, 1,1 % et 1,9 %. L'augmentation du nombre de sages-femmes est plus prononcée dans les établissements privés à but non lucratif, celle du nombre d'aides-soignants plus marquée dans les cliniques privées et les établissements publics. En ce qui concerne les agents de services hospitaliers (ASH), leur nombre diminue dans les établissements privés à but non lucratif (-1,1 %), mais est en légère hausse dans les autres secteurs (+0,9 %).

Hausse du personnel non médical nuancée par la réforme sur les USLD et EHPAD

Sur la période 2002-2010, les ETP de personnels non médicaux et de sages-femmes ont augmenté de 8,5 % (voir tableau 2). Cette évolution concerne l'ensemble du personnel y compris ce-

Champ

Personnels non médicaux salariés et sages-femmes des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM, y compris service de santé des armées (SSA).

Définitions

• Les personnels non médicaux et les sages-femmes pris en compte ici sont des personnels salariés, titulaires ou contractuels, rémunérés en décembre par l'établissement dans le secteur privé ou l'entité juridique relevant du secteur sanitaire dans le secteur public (y compris les élèves rémunérés, les personnels en congés simples, de longue maladie, en cessation progressive d'acti-

vité, etc.). Les apprentis et autres contrats aidés ne sont en revanche pas comptabilisés. Dans le secteur public sont déclarés l'ensemble des personnels de l'entité juridique, y compris ceux des établissements non sanitaires.

• 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 service) dans lequel il travaille. Par exemple,

lui des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation rattachés à des entités juridiques sanitaires. Restreint aux seuls établissements sanitaires, la hausse du personnel est moindre (+5,4 %), mais si l'on exclut les unités de soins de longue durée (USLD) le personnel non médical des établissements sanitaires est en hausse de 9,1 % entre 2002 et 2010. Cette évolution est liée à la réforme de 2006 visant à transformer un grand nombre d'USLD en établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes (EHPAD) avant mars 2009. La diminution du personnel des USLD (-30 000 entre 2002 et 2010) s'accompagne d'une hausse du personnel non médical des disciplines sociales, médico-sociales et de formation, comprenant les EHPAD rattachés à des entités juridiques sanitaires (+34 000).

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

Le personnel non médical est essentiellement féminin : quatre emplois sur cinq sont occupés par des femmes. Cette féminisation est plus ou moins prononcée selon la catégorie de personnel allant de 31 % pour le personnel technique à 97,7 % pour les sages-femmes. En termes de secteur, la féminisation est plus prononcée dans les cliniques privées : les femmes y occupent 85 % des emplois, contre 80 % dans les établissements publics et privés à but non lucratif.

En 2010, 21,7 % des emplois non médicaux sont à temps partiel. Les femmes, dont 25,1 % sont à temps partiel, ont trois fois plus recours à ces emplois que les 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, hormis le personnel médico-technique, le temps partiel est plus courant dans les établissements privés (25 % des emplois) que dans les hôpitaux publics (20,7 %). Les emplois de sages-femmes, rééducateurs et psychologues sont plus souvent à temps partiel que les autres emplois non médicaux.

un aide-soignant qui travaille dans un service administratif est quand même compté dans les effectifs des personnels des services de soins.

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

Pour en savoir plus

• Cavillon M., 2012, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Etudes et Résultats*, n° 791, mars, DREES.

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

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

Sources

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

TABLEAU 1 ● Personnels non médicaux et sages-femmes en 2010, emplois en équivalent temps plein (ETP)

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010
Personnels administratifs	99 560	1,0 %	18 039	1,1 %	18 995	0,8 %	136 595	1,0 %
Personnels soignants	594 660	1,3 %	78 696	1,0 %	98 996	2,1 %	772 352	1,3 %
- sages-femmes	10 914	3,4 %	999	6,0 %	2 362	2,2 %	14 274	3,3 %
- personnel d'encadrement du personnel soignant	23 117	-0,8 %	3 710	-1,5 %	3 196	0,7 %	30 024	-0,7 %
- infirmiers (1)	232 561	0,7 %	32 161	1,8 %	42 312	2,7 %	307 034	1,1 %
- aides-soignants (2)	209 631	2,0 %	22 565	1,0 %	29 492	1,9 %	261 687	1,9 %
- agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	93 224	0,9 %	12 147	-1,1 %	18 059	0,9 %	123 430	0,7 %
- rééducateurs	15 371	1,7 %	5 475	2,1 %	2 923	4,9 %	23 769	2,2 %
- psychologues	9 842	4,4 %	1 639	3,6 %	653	9,0 %	12 133	4,5 %
Personnels éducatifs et sociaux	12 704	4,2 %	3 342	-0,3 %	805	11,9 %	16 851	3,6 %
Personnels médico-techniques	40 825	1,2 %	5 566	3,0 %	3 346	0,8 %	49 736	1,4 %
Personnels techniques	100 302	1,4 %	10 544	-4,1 %	7 622	-4,5 %	118 468	0,4 %
Total	848 052	1,3 %	116 187	0,6 %	129 763	1,6 %	1 094 002	1,2 %

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

(2) Non compris élèves.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2009-2010, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Personnels non médicaux et sages-femmes entre 2002 et 2010 par discipline, en ETP

Disciplines	2002*	2003*	2004*	2005*	2006*	2007*	2008*	2009	2010
Administration	232 908	239 484	244 260	244 652	242 940	247 747	244 418	241 356	242 922
Section hôpital	722 504	709 248	725 667	737 546	742 888	752 542	760 904	759 457	763 825
MCO	320 655	324 820	330 211	333 391	333 497	342 522	343 204	348 609	352 495
Psychiatrie	106 518	107 967	109 825	111 056	111 937	112 429	112 842	112 175	114 166
SSR	90 416	79 690	82 892	85 738	86 526	88 435	90 512	93 658	96 753
SLD	63 728	51 034	51 155	49 851	48 403	52 411	49 675	40 205	33 548
Autres disciplines	141 187	145 737	151 584	157 510	162 525	156 745	164 671	164 811	166 863
Ensemble	955 412	948 732	969 926	982 198	985 828	1 000 289	1 005 323	1 000 814	1 006 747
Évolution	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ensemble (hors USLD)	891 684	897 698	918 771	932 347	937 425	947 878	955 648	960 609	973 199
Évolution (hors USLD)	0,7 %	2,3 %	1,5 %	0,5 %	1,1 %	0,8 %	0,5 %	1,3 %	
Disciplines sociales, médico-sociales et de formation	53 249	59 619	62 269	66 489	69 419	65 595	69 706	79 819	87 255
Évolution disciplines sociales, médico-sociales et de formation		12,0 %	4,4 %	6,8 %	4,4 %	-5,5 %	6,3 %	14,5 %	9,3 %
Ensemble toutes disciplines	1 008 660	1 008 351	1 032 195	1 048 687	1 055 246	1 065 884	1 075 029	1 080 632	1 094 002
Évolution toutes disciplines		0,0 %	2,4 %	1,6 %	0,6 %	1,0 %	0,9 %	0,5 %	1,2 %

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

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2002-2010, traitement DREES.

Les salaires dans le secteur hospitalier

Dans les établissements de santé, le salaire net annuel moyen d'un équivalent temps plein s'élève à 25 900 euros en 2010. Pour les professions non médicales, le salaire moyen est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les revenus sont les plus dispersés et qu'ils croissent en particulier davantage avec l'âge.

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

En 2010, le salaire net annuel moyen d'un équivalent temps plein (voir définitions) s'élève à 25 900 euros, soit 26 500 euros dans le secteur public, 25 900 euros dans le secteur privé à but non lucratif et 22 300 euros dans le secteur privé à but lucratif (voir graphique 1). Toutefois la comparaison des salaires moyens entre les secteurs public et privé doit être prudente compte tenu de différences de structure concernant la qualification et, de manière moins prononcée l'âge. Ainsi le secteur privé lucratif se distingue des autres secteurs par une faible proportion de médecins salariés et par des professions intermédiaires soignantes (principalement les infirmières) en moyenne plus jeunes, deux facteurs qui influent sur le salaire moyen observé.

Le salaire moyen d'un équivalent temps plein est calculé sur l'ensemble des postes, qu'ils soient à temps complet ou à temps partiel, il diffère ainsi de la notion de salaire moyen des temps complets présentée dans les précédentes éditions du panorama.

Les « médecins, pharmaciens, psychologues » (hors internes) perçoivent un salaire net annuel moyen de 57 100 euros. Les comparaisons entre secteurs des salaires moyens des médecins sont délicates du fait de la spécificité des modes de rémunération dans les différents secteurs. Pour les professions intermédiaires « soignantes et sociales », le salaire annuel moyen est plus élevé dans le secteur public (27 500 euros) que dans les secteurs privés à but non lucratif et lucratif (respectivement 25 900 euros et 25 400 euros). De même, les « agents de service et employés administratifs » gagnent respectivement 20 000, 18 100 et 17 300 euros dans les secteurs public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif.

En 2010, la dispersion des salaires, appréciée par le rapport inter-déciles, est supérieure à 2 dans l'ensemble du secteur de la

santé (voir le tableau 1). Il s'agit du rapport entre le salaire annuel au-delà duquel se situent les 10 % des salariés les mieux payés et celui en deçà duquel se situent les 10 % les moins bien payés. Dans le secteur public comme dans le secteur privé, c'est parmi les professions les plus qualifiées que les revenus sont les plus dispersés : le rapport inter-déciles est ainsi de plus de 3 parmi les cadres – médicaux ou non –, tandis qu'il est inférieur à 2 pour les autres professions, rapports qui ne diffèrent pas d'un secteur à l'autre. Ces dispersions sont extrêmement stables d'une année sur l'autre.

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

En 2010, un « médecin, pharmacien, psychologue ou cadre » employé d'un établissement de santé perçoit en début de carrière un salaire annuel compris en moyenne entre 24 500 euros s'il est âgé de moins de 30 ans et 42 300 euros s'il a entre 30 et 39 ans (voir tableau 2). Entre 50 et 59 ans, il perçoit en moyenne 63 200 euros par an. Cet écart selon l'âge est beaucoup plus marqué pour les plus qualifiés que pour les autres salariés de l'hôpital. Au sein des professions intermédiaires (soignantes, sociales, administratives et techniques), les salariés de moins de 30 ans gagnent ainsi en moyenne 21 200 euros, tandis que les salariés âgés de 50 à 59 ans perçoivent en moyenne 31 300 euros par an. Les écarts selon l'âge sont plus faibles encore pour les agents de service et ouvriers, de 16 700 euros pour les plus jeunes à 21 300 euros pour leurs aînés.

Le salaire moyen des hommes est supérieur de 27 % à celui des femmes dans le secteur public, en partie du fait des fonctions occupées : les « médecins, pharmaciens, psychologues » représentent 20 % des postes en équivalent temps plein occupés par des hommes contre 6 % pour les femmes, ces dernières exerçant plus souvent des postes de la filière soignante (infirmière, sage-femme, aide-soignante, etc.) correspondant aux professions intermédiaires soignantes et aux agents de services.

Définitions

• **Salaire net annuel moyen** : il est calculé à partir du salaire net fiscal disponible dans les DADS ou dans SIASP. Il est né de toutes cotisations sociales, y compris contribution sociale généralisée (CSG) et contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Il ne comprend pas les participations (qui ne sont pas imposables). Les calculs sont effectués sur l'ensemble des postes, qu'ils soient à temps complet ou à temps partiel. Les effectifs sont convertis en équivalent temps plein (ETP) au prorata de leur durée de présence et de leur quotient travaillé. Pour chaque poste, les salaires sont pondérés par leur poids en ETP pour le calcul des

moyennes. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 euros par an. Le salaire net annuel moyen est obtenu en pondérant les salaires annualisés des postes par le nombre d'ETP.

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

• **Professions intermédiaires « soignantes »** : elles sont constituées des infirmiers, des sages-femmes,

des spécialistes de la rééducation et des techniciens médicaux.

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

Pour en savoir plus

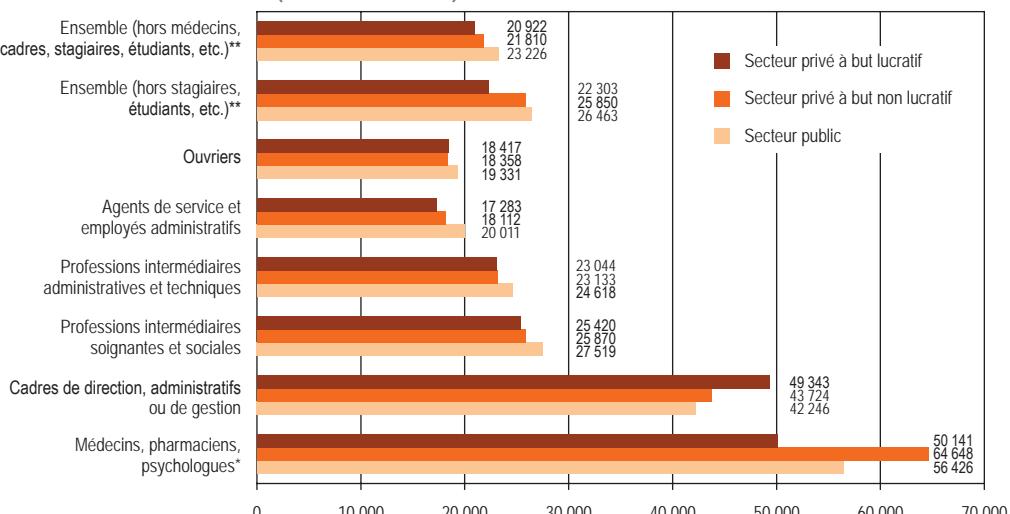
• Rapport annuel de la fonction publique, édition 2011-2012, disponible sur le portail de la fonction publique <http://www.fonction-publique.gouv.fr>

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 ad-

ministrations fiscales et sociales, les employeurs fournissent annuellement et pour chaque établissement un certain nombre d'informations relatives à l'établissement et aux salariés (la nature de l'emploi et la qualification, le montant des rémunérations versées, etc.). Le système d'information des agents du secteur public (SIASP) est une déclinaison des DADS spécifique à la fonction publique. Il intègre des concepts et variables caractéristiques du secteur public, notamment liés au statut de l'agent : grade, échelon, indice, etc. Ce fichier remplace les DADS pour toutes les données de salaires dans les hôpitaux publics à partir de 2008.

GRAPHIQUE ● Les salaires nets annuels moyens (SNA) en 2010 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité (en euros courants)



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

* Hors internes, externes et résidents.

Champ • Salariés, France métropolitaine et DOM.

** Y.c. non ventilés.

Sources • INSEE, DADS 2010-SIASP 2010, traitement DREES.

TABLEAU 1 ● Distributions des salaires nets annuels en 2010 (en euros courants)

Déciles	Secteur public*	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif
D1	16 477	14 972	14 242
D2	18 140	16 879	15 577
D3	19 633	18 438	16 866
D4	21 060	20 124	18 297
Médiane	22 594	21 755	19 882
D6	24 560	23 516	21 666
D7	27 291	25 632	23 803
D8	30 968	28 785	26 559
D9	37 629	37 517	31 581
D9/D1	2,3	2,5	2,2

Note • Hors internes, externes et résidents.

* Y.c. non ventilés.

Champ • Salariés, France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2010-SIASP 2010, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Structure des emplois et salaires nets annuels moyens (SNA) par tranches d'âge et catégorie socioprofessionnelle en 2010

Tranche d'âge	Médecins, pharmaciens, psychologues / cadres*		Professions intermédiaires soignantes, sociales, administratives, techniques		Agents des services, employés, ouvriers		Ensemble (hors stagiaires)**	
	Répartition des postes (en %)	SNA en euros courants	Répartition des postes (en %)	SNA en euros courants	Répartition des postes (en %)	SNA en euros courants	Répartition des postes (en %)	SNA en euros courants
- de 30 ans	4,5 (1)	24 453	20,9	21 150	17,0	16 679	17,4	19 115
30 à 39 ans	26,0	42 287	27,4	24 411	23,1	18 415	25,1	23 560
40 à 49 ans	27,6	56 031	24,9	28 997	31,5	19 825	28,4	26 644
50 à 59 ans	29,8	63 178	24,6	31 338	26,6	21 326	26,1	29 958
60 ans ou +	12,1	68 190	2,2	32 686	1,8	21 805	3,0	43 569

* Hors internes, externes et résidents.

** Y.c. non ventilés.

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

Champ • Salariés, France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2010-SIASP 2010, 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) ou de centre spécialisé en psychiatrie. 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, si la structure d'âge est proche de celle de la métropole en Martinique et en Guadeloupe, la population est, en revanche, nettement plus jeune à La Réunion et en Guyane. En 2010, 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, créé par le décret n° 2007-615 du 26 avril 2007, réunit normalement le centre hospitalier Félix Guyon et le groupe hospitalier Sud Réunion mais, depuis 2010, ces établissements sont comptés dans les recueils comme deux CHR distincts. La Guyane 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 suite et de réadaptation (moyen séjour), la Guadeloupe et la Martinique disposent respectivement de 14 et 13 lits pour 10 000 habitants, contre 16 en France métropolitaine, alors que la Guyane et La Réunion en ont aux alentours de 5. Si l'on se restreint à la population des plus de 50 ans, ces écarts sont moindres. En nombre total de places rapporté à la population, les écarts entre DOM et par rapport à la métropole sont également importants.

Médecine, chirurgie, obstétrique

L'activité MCO en hospitalisation complète, rapportée à la population, est plus faible dans les DOM qu'en France métropolitaine. Le taux d'hospitalisation varie entre 13,2 et 15,2 entrées pour 100 habitants dans les DOM alors qu'il est en moyenne de 16,2 en métropole (voir tableau 4). En 2010, la durée moyenne de séjour (DMS) est légèrement plus élevée que la moyenne métropolitaine (5,8 jours) dans les deux départements antillais et en Guyane (entre 6,1 et 6,4 jours) mais elle est inférieure à La Réunion (5 jours). L'hospitalisation partielle en MCO rapportée à la population est également moins développée dans les DOM qu'en métropole, notamment en Guyane, en lien avec une capacité plus faible. L'ouverture en 2011 d'une unité de chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Cayenne, permettra l'augmentation du taux de pratique de cette activité. En MCO, la part de l'hospitalisation partielle (nombre de venues en hospitalisation partielle rapporté à la somme des

Champ

Les capacités et l'activité concernant l'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2010.

Les quatre départements présentés dans cette fiche sont ceux qui avaient le statut de département d'outre-mer en 2010 : la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et La Réunion. Mayotte n'était pas un DOM et les données concernant ce département ne sont pas comptabilisées.

Les résultats provisoires pour l'année 2011 recensent un seul centre hospitalier public à Mayotte (Mamou-

dzou) comportant 287 lits d'hospitalisation complète et 50 places d'hospitalisation partielle pour la médecine chirurgie obstétrique, et 6 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie.

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

entrées en hospitalisation complète et des venues en hospitalisation partielle) est de 18 % seulement en Guyane alors qu'elle est de respectivement 39 %, 32 % et 33 % en Guadeloupe, Martinique et à La Réunion, parts comparables à celle de la métropole (37 %).

La psychiatrie

La prise en charge de la santé mentale dans les DOM repose quasi-exclusivement sur une offre portée par les hôpitaux publics. La Réunion est le département où l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est la plus développée : 524 venues pour 10 000 habitants contre au plus 357 en Guadeloupe. Toutefois, en nombre de places pour 10 000 habitants, la Guadeloupe est mieux dotée que les autres DOM et en particulier la Martinique et la Guyane. En hospitalisation complète, La Réunion enregistre un nombre de lits rapporté à la population inférieur à celui des Antilles et de la métropole, alors que le nombre d'entrées y est relativement élevé, proche de la moyenne nationale. Cette forte activité s'explique par une durée moyenne de séjour bien plus faible à La Réunion que dans les autres DOM : 14,2 jours contre environ 38 jours en Guyane et 27,2 en Guadeloupe (et 29,2 jours en France métropolitaine).

Les soins de suite et de réadaptation

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

Une activité en chimiothérapie et en radiothérapie très réduite

Le nombre de préparations de chimiothérapies délivrées, rapporté à la population, s'élève à 70 pour 1 000 en métropole alors qu'il atteint en moyenne 28 pour 1 000 dans les quatre DOM. Pour les séances de radiothérapie, le constat est le même. Ces écarts vont bien au-delà de ceux que pourrait justifier la moindre incidence du cancer observée dans les DOM, comparée à celle de la métropole. De fait un grand nombre de résidents des DOM se rendent en métropole pour recourir à ces thérapies, qu'il s'agisse d'évacuations sanitaires programmées ou d'un choix personnel des patients.

et le nombre d'entrées observées pour l'hospitalisation de plus de un jour.

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

Pour en savoir plus

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

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en 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 2010

Catégorie d'établissements	DOM				France métropolitaine
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Public	10	12	2	5	927
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	1	1	0	2*	29
Centre hospitalier (CH) (dont ancien hôpital local)	8	10	2	2*	788
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	1	1	0	1	87
Autre établissement public	0	0	0	0	23
Prive à but non lucratif	0	1	2	2	702
Centre de lutte contre le cancer	0	0	0	0	19
Autre établissement privé à but non lucratif	0	1	2	2	683
Prive à but lucratif	13	4	3	14	1 013
Établissement de soins de suite et de réadaptation	4	1	1	6	309
Autre établissement privé	0	0	0	1	12
Établissement de soins de courte durée ou pluridisciplinaire	9	2	2	6	542
Établissement de lutte contre les maladies mentales	0	1	0	1	138
Établissement de soins de longue durée	0	0	0	0	12
Ensemble	23	17	7	21	2 642

* En 2010, le centre hospitalier Félix Guyon et le groupe hospitalier Sud Réunion sont comptés dans les recueils comme deux CHR distincts.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2010

		DOM				France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Lits	Médecine, chirurgie, obstétrique	1 387	1 443	653	1 965	218 937
	Psychiatrie	284	325	84	327	56 228
	Soins de suite et de réadaptation	576	535	115	563	98 717
	Soins de longue durée	223	203	0	40	34 105
Places	Médecine, chirurgie, obstétrique	154	119	25	232	26 064
	Psychiatrie	203	50	20	274	27 738
	Soins de suite et de réadaptation	62	41	0	163	7 970
Population au 1 ^{er} janvier 2010		401 784	396 308	230 441	828 054	62 791 013

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES ; INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2010 (provisoires).

TABLEAU 3 ● Nombre de lits et de places installés pour 10 000 habitants au 31 décembre 2010

		DOM				France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Lits	Médecine, chirurgie, obstétrique	35	36	28	24	35
	Psychiatrie	7	8	4	4	9
	Soins de suite et de réadaptation	14	13	5	7	16
	Soins de longue durée	6	5	0	0	5
Places	Médecine, chirurgie, obstétrique	4	3	1	3	4
	Psychiatrie	5	1	1	3	4
	Soins de suite et de réadaptation	2	1	0	2	1

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES ; INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2010 (provisoires).

TABLEAU 4 ● Activité des établissements de santé et nombre d'habitants en 2010

		DOM				France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Entrées en hospitalisation complète	Médecine, chirurgie, obstétrique	60 962	56 072	33 127	109 328	10 169 897
	Psychiatrie	3 548	1 961	737	7 839	624 992
	Soins de suite et de réadaptation	5 626	5 432	597	5 841	944 819
	Soins de longue durée	53	222	0	4	22 503
venues en hospitalisation partielle	Médecine, chirurgie, obstétrique	39 608	26 510	7 108	53 058	5 933 943
	Psychiatrie	14 337	5 185	2 731	43 403	5 220 033
	Soins de suite et de réadaptation	21 130	13 087	0	51 718	2 393 742
Population au 1 ^{er} janvier 2010		401 784	396 308	230 441	828 054	62 791 013

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010 traitement DREES, pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2010 traitement DREES, pour les disciplines hors MCO ; INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2010 (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 huit ans, le nombre de lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a diminué de près de 16 000, alors que dans le même temps se sont développées les capacités d'hospitalisation à temps partiel. Entre 2009 et 2010, l'activité d'hospitalisation complète évolue peu tandis que l'hospitalisation partielle augmente significativement. Les durées moyennes de séjour restent stables.

Entre 2002 et 2010, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en court séjour a diminué de près de 16 000, pour atteindre quelque 224 000 lits en fin de période. Cette diminution s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -5 % pour les établissements publics contre -9 % pour les cliniques privées et -12 % 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.

27 000 places d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique en 2010

Le développement de l'hospitalisation partielle a été, en contrepartie, particulièrement important en MCO. En 2002, on dénombrait 17 000 places dédiées à ce mode de prise en charge et près de 27 000 en 2010. Un tiers d'entre elles sont des places de chirurgie ambulatoire ou d'anesthésie dans les établissements privés à but lucratif et un tiers des places de médecine dans les hôpitaux publics (voir tableau 1).

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

L'activité en hospitalisation complète est globalement stable en 2010 par rapport à 2009 (-0,2 %), résultant dû à une faible hausse du nombre de séjours dans le secteur public et à une baisse dans les établissements privés à but lucratif (voir tableau 2). En chirurgie, le nombre d'entrées évolue peu dans les hôpitaux publics (-0,5 %), mais diminue dans les cliniques privées (-2,5 %). Les hospitalisations chirurgicales à temps complet sont désormais plus nombreuses dans les établissements publics que dans les cliniques privées. En médecine, le

nombre d'entrées varie entre -0,7 % et 0,7 % selon les secteurs. L'hospitalisation de moins de un jour a connu une progression considérable jusqu'en 2006. Entre 2006 et 2008, les modifications du codage des prises en charge, liées à la circulaire sur les actes frontières et à l'arrêté sur les forfaits « sécurité-environnement » (SE), ont rendu difficile toute mesure de l'évolution à champ constant. Depuis 2008, cette comparaison est de nouveau possible, et permet de constater une dynamique importante de l'hospitalisation partielle en court séjour, qui après avoir augmenté de 3 % tous secteurs confondus entre 2008 et 2009, augmente encore de 1,7 % entre 2009 et 2010. Cette dernière hausse est principalement le fait des cliniques privées (+2,6 %) et des établissements privés à but non lucratif (+2,5 %), l'activité des hôpitaux publics étant stable sur la période (+0,5 %). En chirurgie, l'augmentation concerne toutefois tous les secteurs ; les cliniques privées réalisent les deux tiers de cette activité en hospitalisation partielle. La médecine reste l'activité principale des établissements publics puisque 65 % des entrées et 67 % 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 2010, 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 intermédiaire. Les écarts apparaissent surtout en médecine et chirurgie, la durée moyenne de séjour en obstétrique étant d'environ 4,6 jours quel que soit le statut juridique de l'établissement.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2010 en France métropolitaine et dans les DOM, y compris SSA (hors séances). Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

• Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins de un jour : en médecine, chirurgie et obstétrique, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en « hospitalisation de moins de un jour », encore appe-

lée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée supérieure à un jour est classé en hospitalisation de plus de un jour, également dénommée hospitalisation complète.

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

- Le classement des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affection se fera en

séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« clivant ») 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 de 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 ».

Sources

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

TABLEAU 1 ● Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2010 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	96 690	8 680	9 700	1 360	12 780	2 140	119 170	12 180
Chirurgie	38 600	3 560	7 440	1 150	37 460	8 640	83 510	13 350
Gynéco-obstétrique	14 500	990	1 430	30	5 790	40	21 710	1 060
Total	149 790	13 230	18 570	2 540	56 030	10 820	224 390	26 590

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

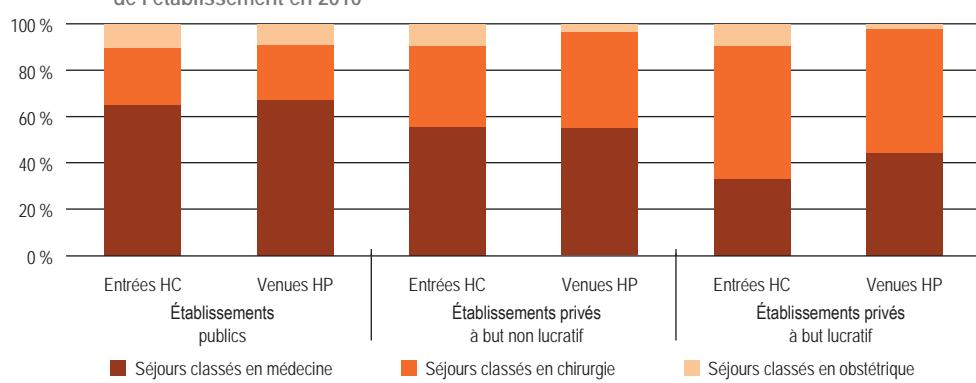
TABLEAU 2 ● Nombre de séjours en 2010 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	4 382 000	0,7 %	460 000	-0,0 %	939 000	-0,7 %	5 781 000	0,4 %
Séjours classés en chirurgie	1 676 000	-0,5 %	292 000	-1,5 %	1 647 000	-2,5 %	3 615 000	-1,5 %
Séjours classés en obstétrique	689 000	1,2 %	77 000	2,7 %	266 000	0,2 %	1 033 000	1,0 %
Total	6 748 000	0,4 %	829 000	-0,3 %	2 852 000	-1,7 %	10 429 000	-0,2 %
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	1 733 000	-0,8 %	255 000	0,2 %	1 342 000	0,6 %	3 330 000	-0,2 %
Séjours classés en chirurgie	613 000	6,1 %	191 000	5,7 %	1 620 000	4,6 %	2 424 000	5,1 %
Séjours classés en obstétrique	231 000	-3,2 %	15 000	5,4 %	60 000	-4,1 %	306 000	-3,0 %
Total	2 577 000	0,5 %	461 000	2,5 %	3 022 000	2,6 %	6 060 000	1,7 %

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009-2010, traitement DREES.

GRAPHIQUE ● Répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique selon le statut de l'établissement en 2010



HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010, traitement DREES.

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 touchés par des hospitalisations plus fréquentes (voir graphique 1). Tout d'abord, 445 200 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont concerné des nourrissons en 2010, 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 est lié à la grossesse et concerne les femmes en âge de procréer, entre 15 et 44 ans. Enfin, c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement. Au total, un peu plus d'un séjour en MCO sur trois concerne des personnes de 65 ans ou plus. D'autre part, les hommes ont plus fréquemment recours à l'hospitalisation en MCO que les femmes, sauf entre 15 et 44 ans.

En moyenne 1,5 séjour dans l'année par patient hospitalisé

Depuis 2001, il est possible de suivre les différents séjours hospitaliers d'un même patient à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En 2010, le nombre de patients hospitalisés en France métropolitaine et dans les DOM en médecine, chirurgie et obstétrique a ainsi été évalué à 10,8 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 6 millions de femmes et 4,8 millions d'hommes. Ainsi, 17 % de la population française connaît une hospitalisation en médecine, chirurgie ou obstétrique au moins une fois dans l'année, les 83 % restants n'étant pas hospitalisés en MCO. Un patient est hospitalisé en moyenne 1,5 fois au cours de l'année. Si la majorité des patients ne sont hospitalisés qu'une seule fois (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 plus de 1,7 hospitalisation en moyenne.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2010 en France métropolitaine et dans les DOM, y compris SSA (hors séances). Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant

pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

- Les différents statuts juridiques des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines

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

Parmi les personnes hospitalisées dans le Limousin, 17 % (soit 35 000 personnes) sont originaires d'autres régions, principalement des régions Aquitaine, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Centre. 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 48 000 personnes) et 1,5 % de la région Centre (soit 44 000 personnes). Au final, 7,7 % des hospitalisations en Île-de-France sont le fait de personnes n'habitant pas cette région.

Nourrissons et personnes âgées sont principalement pris en charge par les hôpitaux publics

La prise en charge médicale des gastro-entérites et affections du tube digestif constitue un exemple intéressant de la différenciation du recours aux hôpitaux publics et aux cliniques privées selon l'âge. Pour cette pathologie, plus de neuf nourrissons et enfants en bas âge sur dix sont pris en charge par les hôpitaux publics (voir graphique 3). La part de ces établissements diminue progressivement ensuite et s'établit aux alentours de 50 % pour les patients de 25 à 74 ans. Entre 75 et 84 ans, les cliniques privées font jeu égal avec les hôpitaux publics. Mais au-delà de 84 ans, ce sont de nouveau les hôpitaux publics qui accueillent la majorité des patients atteints de cette pathologie. Cette répartition, caractéristique de la spécialisation des établissements par type de patientèle, se confirme lorsque l'on analyse l'ensemble des recours à l'hôpital par groupe d'âge : les deux périodes extrêmes de la vie sont surtout prises en charge, en soins aigus, par le secteur public. Toutes pathologies confondues, la part des enfants de moins de 5 ans pris en charge par le secteur public est de 75 % (83 % pour les moins de 1 an), et celle des personnes âgées de 85 ans ou plus est de 70 %.

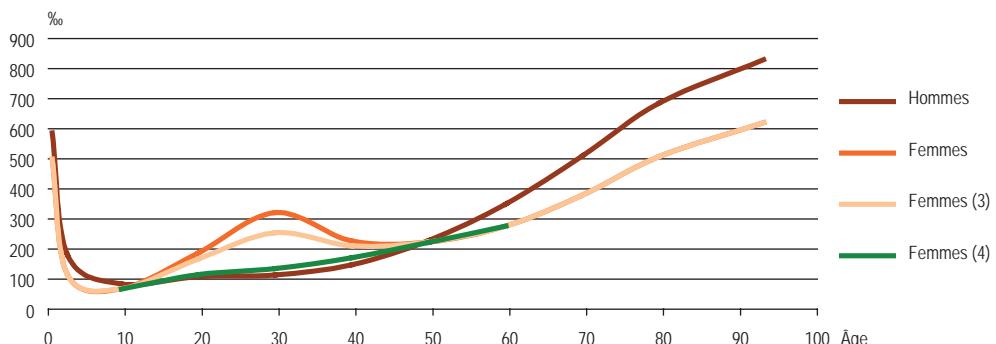
d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Sources

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

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

GRAPHIQUE 1 ● Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée MCO (1) des établissements de santé en 2010 (2)



(1) Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

(2) Hospitalisations d'au moins un jour (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins de un jour pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

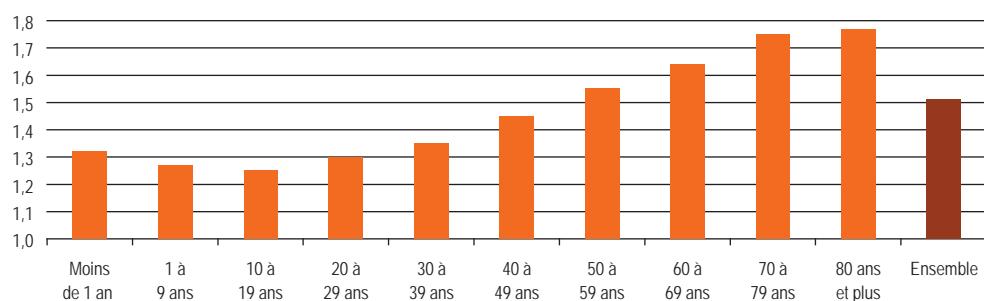
(3) Non compris accouchement unique et spontané (code O80 de la CIM de l'OMS 10^e révision).

(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, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010, traitement DREES ; INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2010 (publication mars 2011).

GRAPHIQUE 2 ● Nombre moyen d'hospitalisations dans l'année en 2010, par classe d'âge

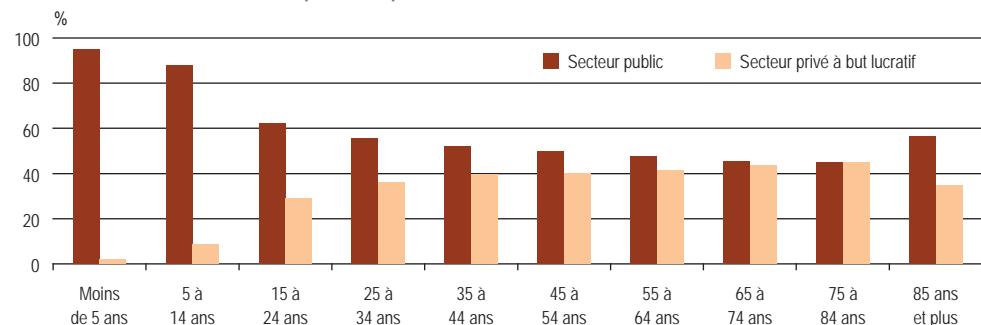


Lecture • Les séjours des bébés restés près de leur mère ne sont pas inclus.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA, personnes hospitalisées au moins une fois en 2010.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010, traitement DREES.

GRAPHIQUE 3 ● Prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2010 dans les secteurs public et privé à but lucratif



Lecture • 95 % des gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge par le secteur public, contre 2 % par le secteur privé à but lucratif.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010, traitement DREES.

Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours

En 2010, pour l'ensemble des patients, les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention, ainsi que les maladies de l'appareil digestif restent les principaux motifs d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en France métropolitaine et dans les DOM. Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs.

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

En 2010, les maladies de l'appareil digestif deviennent le premier motif d'hospitalisation des hommes de moins de 25 ans (13,5 % des séjours), prenant le pas sur les traumatismes (13,3 %). Pour les jeunes femmes, l'ensemble des séjours liés à la maternité (20,8 % des séjours) demeure, quant à lui, le premier motif de recours en MCO devant les pathologies digestives (15 %). Les atteintes respiratoires, comme les pathologies des amygdales ou des végétations adénoides, les bronchites ou bronchiolites aiguës et l'asthme, et les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention viennent ensuite.

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

Entre 25 et 64 ans, toujours en 2010, après les séjours liés à la maternité pour les femmes (22,5 %), les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention, d'une part, et aux maladies de l'appareil digestif, d'autre part, représentent les motifs de recours à l'hôpital les plus fréquents chez les deux sexes : respectivement 16,1 % chez les hommes et 14,6 % chez les femmes pour les premiers et 16,2 % chez les hommes

et 12,2 % chez les femmes pour les seconds. Avant 45 ans, les séjours pour traumatismes et empoisonnements sont particulièrement nombreux chez les hommes. Il s'agit en effet du deuxième motif pour les 25-34 ans et du troisième pour les 35-44 ans. Chez les personnes de 45 ans ou plus, les tumeurs pour les deux sexes, les maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes et les maladies ostéo-articulaires pour les femmes augmentent et concernent 10 à 12 % des séjours.

Prédominance des maladies de l'appareil circulatoire après 64 ans

À partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital : elles représentent près d'un séjour hospitalier sur sept pour l'ensemble des patients âgés. Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont aussi souvent à l'origine des séjours hospitaliers. Les maladies de l'œil sont également un motif de recours à l'hospitalisation important, notamment pour les femmes : la cataracte est à elle seule responsable d'un peu plus 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 2010 en France métropolitaine et dans les DOM, y compris SSA (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (0,3 % des séjours). Il en est de même pour les établissements dont l'activité principale ne relève pas du MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation par exemple), ainsi que pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

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

MCO comme étant le problème de santé qui a motivé l'hospitalisation du patient, déterminé à la fin de celle-ci. Il est codé à l'aide de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision. La CIM10 comporte un système de codage qui permet d'attribuer deux codes à certains diagnostics. Ces derniers contiennent des informations relatives à la fois à une maladie généralisée initiale (étiologie) et à une manifestation localisée à un organe donné (manifestation clinique). Dans ce cas, le PMSI retient comme diagnostic principal celui qui correspond le plus précisément à la prise en charge. Les codes ont été regroupés selon une liste validée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dans leur niveau agrégé, utilisé dans le

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

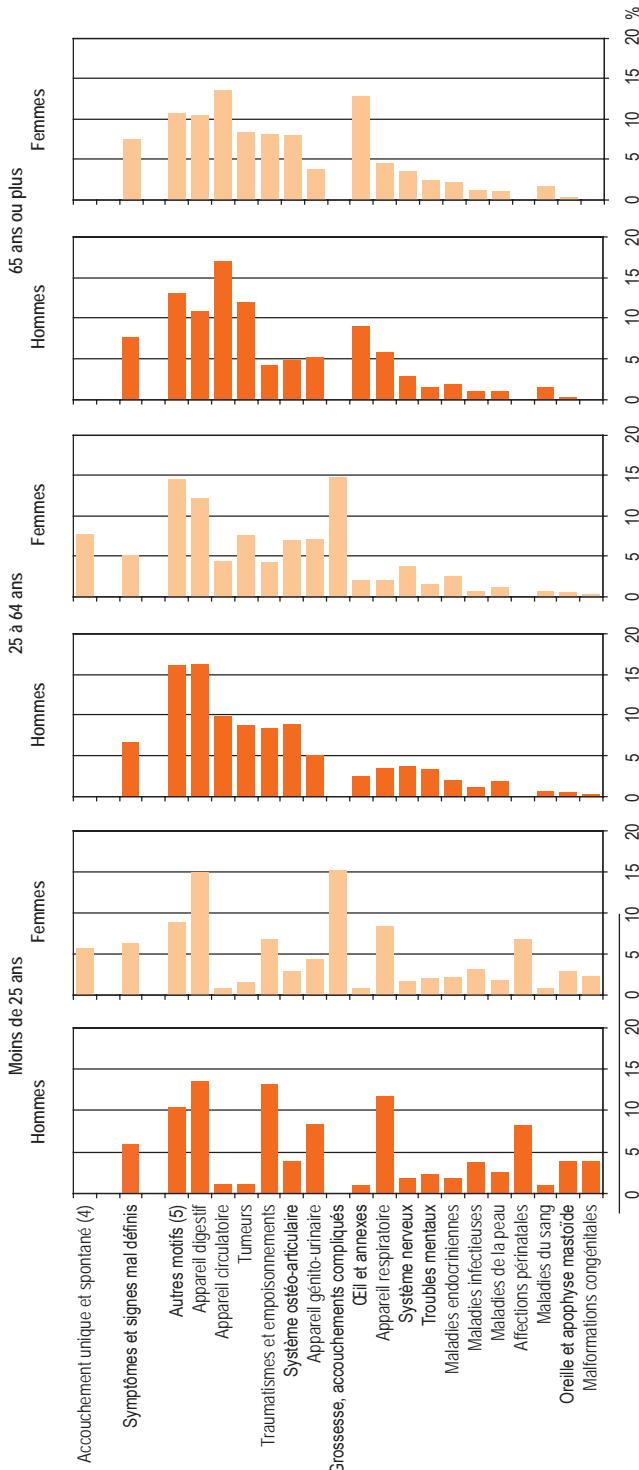
Pour en savoir plus

- Mouquet M.-C., 2011, « Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier : les traumatismes pour les enfants, les maladies de l'appareil circulatoire pour les plus de 64 ans », in *L'état de santé de la population – Rapport 2011*, p. 144, DREES.
- Mouquet M.-C., 2011, « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008 », *Études et Résultats* n° 783, 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) dans les services de soins de courte durée MCO (2) selon la pathologie traitée (3), l'âge et le sexe du patient en 2010



Note • En dehors de l'accouchement unique et spontané et des symptômes, signes et états morbides mal définis, les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquences pour les deux sexes, tous âges réunis.

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

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

(4) Code O80 de la CIM de l'OMS 10^e révision.

(5) Motifs de recours aux services de santé autres que maladie ou traumatisme, tels que surveillance, prévention, motifs sociaux...

Champ • Établissements publics et privés, compris SSAs - Résidents en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources • ATIH PMSI-MCO, traitement DREES.

La spécialisation en médecine

La spécialisation des établissements de santé en fonction de leur statut juridique s'est poursuivie au cours des dernières années. L'activité de médecine est ainsi prédominante dans les établissements publics, où elle représente, en 2010, les deux tiers des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), contre 55 % dans les établissements privés à but non lucratif et 39 % dans les cliniques privées. Ces dernières privilégient les séjours médicaux de courte durée, notamment pour la pratique des endoscopies, actes médicaux les plus fréquents dans ces établissements.

En 2010, les deux tiers des séjours médicaux sont réalisés par le secteur public

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

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

Près d'un quart des séjours médicaux ont lieu dans les cliniques privées. Celles-ci accueillent en effet 76 % des endoscopies digestives – de loin les plus nombreuses –, 50 % des endoscopies génito-urinaires, 55 % des endoscopies bronchiques et 63 % des endoscopies oto-rhinolaryngologiques (ORL). Au final, environ 1,1 million d'endoscopies sont réalisées dans les cliniques privées, ce qui constitue près de la moitié de l'activité médicale de ces établissements. En dehors des endoscopies, le poids des cliniques privées est également très important dans la prise en charge des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (43 %). Lorsqu'ils sont interventionnels, et donc à visée thérapeutique, ceux-ci débouchent souvent sur la mise en place d'endoprothèses

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

L'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement du cancer

Seule 8 % de l'activité médicale relève du secteur privé à but non lucratif, qui comprend notamment les dix-neuf centres de lutte contre le cancer. L'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre entre autres sur la prise en charge des douleurs chroniques et les soins palliatifs, les pathologies hématologiques – et notamment les greffes de moelle dont ils assurent 21 % des prises en charge – et les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète (29 % des prises en charge). La part de l'ambulatoire dans l'activité médicale des établissements privés à but non lucratif est de 36 %.

Une évolution stable des parts de prise en charge

Entre 2009 et 2010, les poids des différents secteurs sont stables, toutes prises en charge médicales confondues. De légères évolutions apparaissent toutefois au sein de quelques domaines d'activité. À titre illustratif, le secteur public voit ainsi augmenter son poids au détriment du secteur privé à but lucratif en ce qui concerne les séjours d'hématologie (+0,8 point). À l'inverse, la part du secteur public baisse pour les douleurs chroniques ou les soins palliatifs (-1 point) en faveur du secteur privé à but non lucratif.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2010 en France métropolitaine et dans les DOM, y compris SSA (hors séances). Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

• **Domaines d'activité :** les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupées dans le Programme de médicalisation des

systèmes d'information (PMSI) permettent de définir près de 2 300 groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chacun des patients. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégorie est souvent nécessaire. La classification utilisée ici, qui regroupe les GHM en groupes d'activité, les groupes d'activité en groupes de planification, et enfin les groupes de planification en domaines d'activité, a été réalisée par l'ATIH. Cette classification regroupe les GHM par discipline

médo-chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

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

Pour en savoir plus

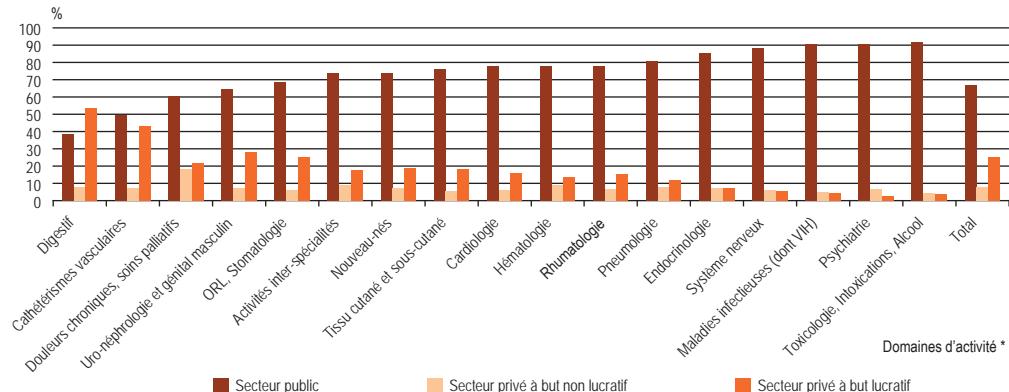
• Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Etudes et Résultats*, n° 785, novembre, DREES.

• Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Etudes et Résultats*, n° 664, octobre, DREES.

Sources

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

GRAPHIQUE ● Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2010



* Seuls les domaines d'activité réunissant plus de 100 000 séjours sont représentés ici.

Lecture : 38,3 % de l'activité médicale digestive est prise en charge par le secteur public, contre 53,8 % par le secteur privé à but lucratif et 8 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ : France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources : ATIH, PMSI-MCO 2010, traitement DREES.

TABLEAU ● Répartition des prises en charge médicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2010

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activité médicale	9 111 000	67,1	7,8	25,0
Digestif, dont :	2 278 000	38,3	8,0	53,8
Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	1 332 000	15,2	8,6	76,1
Symptômes digestifs	231 000	73,8	6,9	19,4
Pneumologie, dont :	779 000	80,8	7,6	11,6
Infections respiratoires	242 000	84,0	7,5	8,6
Bronchites, bronchiolites et asthme	166 000	88,2	5,3	6,5
Cardiologie, dont :	720 000	77,6	6,3	16,1
Cardiopathies, valvulopathies	212 000	80,2	6,5	13,4
Troubles du rythme/conduction	111 000	72,3	6,4	21,4
Système nerveux, dont :	624 000	88,5	5,9	5,6
Accidents vasculaires cérébraux	164 000	90,6	4,3	5,1
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	570 000	64,5	7,1	28,4
Infections des reins et des voies urinaires, lithiasies	202 000	64,0	7,0	29,0
Endoscopies génito-urinaires, avec ou sans anesthésie	108 000	41,1	8,6	50,3
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	399 000	49,5	7,3	43,2
Endocrinologie, dont :	374 000	85,3	7,3	7,4
Diabète	130 000	86,5	7,2	6,3
Troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	128 000	79,9	6,5	13,6
Toxicologie, Intoxications, Alcool	362 000	92,1	4,0	3,9
Rhumatologie, dont :	330 000	78,0	6,7	15,4
Maladies osseuses et arthropathies	185 000	73,2	6,6	20,3
Hématologie	294 000	77,6	9,0	13,4
Psychiatrie, dont :	260 000	90,5	6,8	2,7
Névroses, psychoses et autres troubles mentaux	152 000	92,6	4,8	2,6
Nouveaux-nés	237 000	73,8	7,1	19,1
ORL, Stomatologie	213 000	68,4	6,4	25,3
Tissu cutané et tissu sous-cutané	191 000	76,2	5,8	18,1
Maladies infectieuses (dont VIH)	153 000	90,4	5,0	4,7

Champ : France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources : ATIH, PMSI-MCO 2010, traitement DREES.

La spécialisation en chirurgie

Les cliniques privées réalisent plus de la moitié de l'activité chirurgicale et les deux tiers des interventions réalisées en ambulatoire (moins de 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 ne réalisent qu'un peu plus du tiers de l'activité chirurgicale mais pour des actes en général plus complexes

Bien qu'ils ne totalisent que 38 % de l'activité de chirurgie en 2010, les établissements de santé publics ont la quasi exclusivité de certains domaines d'activités (voir graphique) comme les transplantations d'organes (96 %), la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (97 %) ou celle des brûlures (93 %), telles les greffes de peau. Les autres interventions qui sont majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, comme par exemple celles concernant les traumatismes crâniens (95 %) (voir tableau). Par ailleurs, un peu moins d'une intervention d'ophtalmologie sur quatre est réalisée dans les établissements publics, mais cette part est beaucoup plus élevée pour les interventions lourdes (47 %), comme celles sur l'orbite (68 %) ou sur la rétine (41 %). De la même manière, en chirurgie orthopédique, la part du public est de 41 %, mais elle s'élève à 72 % pour les fractures, entorses, luxations et tractions. En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements publics est de 27 %.

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. Ils prennent ainsi en charge 54 % des séjours chirurgicaux en 2010. La part des cliniques privées est prépondérante pour plusieurs domaines d'activité et atteint 69 % 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 de un jour). Ils réalisent ainsi 65 % des chirurgies de la main et du poignet, 73 % des arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires, 73 % de la chirurgie de la cataracte, 69 %

des amygdalectomies, végétations et poses de drains trans-tympaniques, 77 % de la chirurgie de la bouche et des dents et 66 % des circoncisions hospitalisées. Au final, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est de 50 %, 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 2010, les établissements privés à but non lucratif assurent 8 % du total de l'activité chirurgicale. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer. Comme pour la médecine (voir la fiche « La spécialisation en médecine »), l'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses. Ils réalisent ainsi 13 % de l'activité de chirurgie gynécologique et même 33 % des traitements chirurgicaux des tumeurs malignes du sein. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale atteint 40 %.

Une répartition de l'activité stable entre les différents secteurs entre 2009 et 2010

Entre 2009 et 2010, les poids des différents secteurs sont remarquablement stables, toutes activités chirurgicales confondues. L'évolution la plus importante concerne le domaine de l'hématologie, pour lequel la part du secteur public augmente de 2,1 points, principalement au détriment du secteur privé à but non lucratif. Si la répartition entre les secteurs est stable, on peut toutefois noter quelques évolutions au niveau des volumes d'activité. Ainsi, si le nombre global de séjours chirurgicaux est en augmentation de 1 % entre 2009 et 2010, cette hausse atteint par exemple 4 % pour la chirurgie ophtalmologique. Seuls les domaines de l'endocrinologie et de l'hématologie ont un nombre de séjours global en baisse de plus de 1 %.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2010 en France métropolitaine et dans les DOM, y compris SSA (hors séances). Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

• Domains d'activité : les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupées dans le Programme de médicalisation des

systèmes d'information (PMSI) permettent de définir près de 2 300 groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chacun des patients. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégorie est souvent nécessaire. La classification utilisée ici, qui regroupe les GHM en groupes d'activité, les groupes d'activité en groupes de planification, et enfin les groupes de planification en domaines d'activité, a été réalisée par l'ATIH. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-

chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en oeuvre et communs à plusieurs GHM).

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

Pour en savoir plus

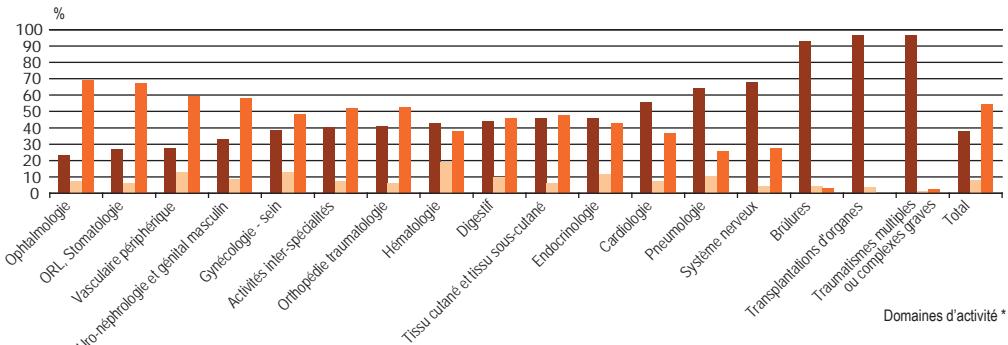
• Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, n° 785, DREES, novembre.

• Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, DREES, octobre.

Sources

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

GRAPHIQUE ● Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2010



Lecture • 23,4 % de l'activité chirurgicale en ophthalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 69,1 % par le secteur privé à but lucratif et 7,5 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.
Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010, traitement DREES.

TABLEAU ● Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2010

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activité chirurgicale	6 039 000	37,9	8,0	54,1
Orthopédie traumatologie, dont :				
Chirurgie main, poignet	1 578 000	41,1	6,5	52,4
Chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur, genou)	337 000	27,6	7,2	65,3
Arthrosopies, biopsies ostéo-articulaires	300 000	43,8	7,3	48,9
Fractures, entorses, luxations, tractions	231 000	20,2	7,1	72,7
Fractures, entorses, luxations, tractions	139 000	71,5	4,8	23,7
Ophtalmologie, dont :				
Cataractes	827 000	23,4	7,5	69,1
Chirurgie ophtalmique lourde	668 000	19,3	7,6	73,1
Digestif, dont :				
Hernies	747 000	44,1	9,7	46,2
Appendicectomies	208 000	37,8	10,2	52,0
Appendicectomies	83 000	54,6	6,3	39,1
ORL, Stomatologie, dont :				
Chirurgie de la bouche et des dents	692 000	26,6	5,9	67,5
Amygdalectomies, végétations et drains trans-lymphatiques	285 000	18,6	3,9	77,4
Gynécologie - sein, dont :				
Chirurgie utérus/annexes	465 000	38,6	13,1	48,3
Chirurgie pour tumeurs malignes du sein	163 000	44,2	7,9	47,9
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :				
Chirurgie transurétrale, autres	68 000	29,0	33,2	37,8
Circoncisions	456 000	33,3	8,7	58,1
Vasculaire périphérique	92 000	35,6	9,3	55,2
Système nerveux, dont :				
Chirurgie rachis/moelle	236 000	27,4	6,8	65,9
Traumatismes crâniens	103 000	68,0	4,5	27,6
Tissu cutané et tissu sous-cutané	99 000	36,7	5,9	57,4
Cardiologie	211 000	94,6	3,1	2,3
Brûlures	118 000	45,8	6,4	47,8
Traumatismes multiples ou complexes graves	12 000	55,7	7,4	36,9
Transplantations d'organes	8 000	96,6	0,9	2,4
Transplantations d'organes	5 000	96,4	3,6	0,0

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010, traitement DREES.

La spécialisation en obstétrique

En 2010, en France métropolitaine et dans les DOM, 1,3 million de séjours ont eu lieu en obstétrique ; les accouchements représentent 62 % de ces séjours. Près des deux tiers des accouchements se déroulent dans les hôpitaux publics, qui prennent également en charge une part élevée des affections *ante et post-partum*.

Forte prédominance des établissements publics en obstétrique

Les hôpitaux publics réalisent plus des deux tiers de l'activité d'obstétrique et un peu moins des deux tiers des accouchements (voir tableau). Ils se concentrent d'ailleurs davantage sur les accouchements par voie basse avec complications dont ils assurent 74 % des prises en charge. Les établissements publics accueillent 74 % des affections *ante-partum*, parmi lesquelles on trouve principalement des complications de la grossesse. Ces affections représentent 15 % de l'activité obstétricale de l'ensemble des établissements. Les affections *post-partum* quant à elles sont prises en charge à hauteur de 71 % par les établissements publics ; elles ne représentent pour autant que 3 % de l'activité obstétricale, tous établissements confondus. Les interruptions médicales de grossesse (IMG) sont à distinguer des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Ce sont des accouchements provoqués et prématurés qui interviennent lorsque le foetus est atteint d'une maladie incurable ou que la grossesse met en jeu la vie de la mère. Ils sont réalisés dans 62 % des cas dans le secteur public et 62 % d'entre eux sont réalisés en ambulatoire (moins de un jour). Les IVG sont, quant à elles, des avortements provoqués et décidés pour raisons non médicales. La quasi totalité sont

réalisées en ambulatoire (96 %), et la part du secteur public est prépondérante puisque 79 % des IVG y sont prises en charge.

Près du quart de l'activité d'obstétrique est réalisé dans les cliniques privées

La proportion d'accouchements réalisés dans le secteur privé à but lucratif s'établit en 2010 à 27 %. Ce secteur réalise 28 % des accouchements par voie basse sans complications, 18 % des accouchements par voie basse avec complications, et 29 % des accouchements par césarienne. Les cliniques privées prennent également en charge 31 % des interruptions médicales de grossesse mais seulement 17 % des interruptions volontaires de grossesse. Les établissements privés à but non lucratif ont, eux, une part très faible dans le domaine obstétrical et ne réalisent que 7 % de l'ensemble des activités d'obstétrique.

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

Entre 2009 et 2010, le poids des différents secteurs dans l'ensemble des activités obstétricales est remarquablement stable, la plus forte évolution concernant les affections *ante-partum* qui augmente dans le secteur privé à but non lucratif (+0,7 point) au détriment du secteur public.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2010 en France métropolitaine et dans les DOM, y compris SSA (hors séances). Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

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

cement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Pour en savoir plus

- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, n° 785, DREES, novembre.
- Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de 30 ans d'évolution », *Les établissements de santé*, un panorama pour l'année 2007, DREES, août.
- Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, DREES, octobre.
- Buisson G., 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *Études et Résultats*, n° 225, DREES, mars.
- Baubéau D., Morais S., Ruffié A., 1999, « Les maternités de 1975 à 1996 – un processus de restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, n° 21, DREES, juillet.

Sources

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

TABLEAU ● Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le groupe d'activité en 2010

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activités obstétricales	1 339 000	68,8	6,9	24,3
Accouchements, dont :				
Accouchements par voie basse sans complications	823 000	65,3	8,0	26,7
Accouchements par voie basse avec complications	552 000	64,3	8,1	27,6
Accouchements par césarienne	102 000	74,4	7,2	18,4
Accouchements par césarienne	169 000	63,2	7,9	28,9
Affections <i>ante-partum</i>	201 000	74,4	5,8	19,8
Affections <i>post-partum</i>	45 000	71,4	5,1	23,5
Interruptions médicales de grossesse	77 000	62,2	6,6	31,3
Interruptions volontaires de grossesse	194 000	79,4	4,1	16,5

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010, traitement DREES.

4

Les plateaux techniques

- L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux
- L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif

L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux

L'organisation autour de l'anesthésie dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM est liée aux types d'activités développées : interventions chirurgicales plus ou moins complexes, endoscopies, radiologie interventionnelle, etc. Au sein des établissements concernés, la tendance est au regroupement des sites anesthésiques pour faciliter la surveillance des patients. Les salles d'intervention chirurgicale représentent, quant à elles, 73 % des salles destinées aux actes sous anesthésie. Elles sont utilisées de manière différente selon le statut public ou privé de l'établissement.

En 2010, 2 900 sites anesthésiques réunissent des activités diverses

L'activité anesthésique est souvent associée à l'activité chirurgicale, mais il ne s'agit pas de son unique champ d'activité : des explorations (endoscopies) ou la radiologie interventionnelle sont également pratiquées sous anesthésie. Au sein des établissements, les salles permettant ces activités de soins sont réparties en différents lieux en fonction de l'environnement nécessaire aux actes réalisés. Un site anesthésique se définit comme un lieu distinct regroupant une ou plusieurs de ces salles. Par exemple, un bloc opératoire regroupant plusieurs salles d'intervention, ou un bloc obstétrical rassemblant salles de travail et de césariennes, constitue un seul site. Les salles de scanner ou de coronarographie, plus souvent isolées, peuvent également constituer un site. En 2010, on dénombre dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés de France métropolitaine et des DOM, y compris le service de santé des armées (SSA), quatre salles en moyenne destinées aux actes sous anesthésie par site : 11 300 salles sont en fait regroupées dans 2 900 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 1 770 pour 13 400 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.

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

Les salles d'intervention chirurgicale représentent 73 % des salles destinées aux actes sous anesthésie ; elles sont au nombre de 8 300 en 2010 dans l'ensemble des établissements de santé (voir tableau 2). Moins de la moitié de ces salles sont situées dans les cliniques privées alors que ces dernières enregistrent 54 % des séjours chirurgicaux. Les cliniques privées enregistrent donc plus d'interventions par salle que les établissements publics. Des facteurs tels que la part d'activité de chirurgie ambulatoire, qui suppose une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes quasi-exclusivement programmés, contribuent à expliquer cette situation. Tandis que 67 % de la chirurgie ambulatoire (notamment chirurgie de la cataracte, arthroscopie, chirurgie des varices, etc.) est réalisée par les cliniques privées, les établissements publics prennent en charge des actes les plus complexes (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie ») avec des temps de réalisation plus longs. Ces derniers disposent également plus souvent de structures des urgences et de salles chirurgicales dédiées à l'urgence (ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7). Cette nécessité de disponibilité explique également des horaires d'ouverture plus larges pour les établissements publics que les établissements privés et une activité chirurgicale nocturne plus fréquente : elle concerne deux établissements publics sur trois et un établissement privé à but lucratif sur quatre.

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM, y compris SSA.

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'entité, quelle que soit la

discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché.

- **Surveillance post-interventionnelle et postes de réveil** : le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif à la pratique de l'anesthésie a rendu obligatoire la surveillance continue après l'intervention : elle se pratique dans les salles de surveillance post-interventionnelle situées près des sites où sont réalisées les anesthésies. Une salle de surveillance post-interventionnelle comprend au minimum quatre postes de réveil.
- **Site anesthésique** : lieu géographique composé d'une ou plusieurs salles où des actes d'anesthésie sont réalisés (par exemple : un bloc opératoire de deux salles égale un site).
- **Endoscopie** : l'endoscopie consiste à introduire une caméra (ou « endo-

cope ») 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, DREES, octobre.
- Baubéau D., Thomson E., 2002, « Les plateaux techniques liés aux interventions sous anesthésie entre 1992 et 2000 », *Études et Résultats*, n° 189, DREES, septembre.

Sources

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

l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Des redressements particuliers ont été effectués sur les données 2010 pour corriger la non-réponse totale ou partielle de certains établissements. Les valeurs 2010 ne sont donc pas directement comparables à celles des éditions précédentes. Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la DGOS et l'ATIH, fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

TABLEAU 1 ● L'activité d'anesthésie en 2010

	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*	592	965	261	1 126	2 944
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie*	2 344	3 410	994	4 608	11 356
Nombre de salles de surveillance post-interventionnelle*	325	485	170	794	1 774
Nombre de postes de réveil*	2 462	3 254	1 269	6 450	13 435

* Résultats issus du redressement de la non-réponse.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Les plateaux techniques de chirurgie en 2010

	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*	104	373	105	521	1 103
Nombre de salles d'intervention chirurgicale*	1 661	2 128	709	3 840	8 338
Nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire	63	60	60	62	61
Nombre de séjours chirurgicaux (source PMSI-MCO)	933 100	1 355 688	483 193	3 267 360	6 039 341
Nombre d'établissements géographiques ayant déclaré une activité chirurgicale de nuit	57	237	37	124	455

* Résultats issus du redressement de la non-réponse.

Note • Les salles exclusivement réservées aux césariennes et les locaux où sont réalisés des actes de petite chirurgie sans présence de personnels spécialisés en anesthésie ne sont pas comptabilisés.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010 traitement DREES, pour le nombre de séjours ; DREES, SAE 2010, traitement DREES.

L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif

Les appareils d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif sont une composante importante de leurs plateaux techniques. Les progrès techniques et le coût des nouveaux appareils, plus performants, sont à l'origine d'une concentration et d'un partage des équipements. Les délais d'attente moyens pour accéder à certains équipements lourds (scanners, IRM, caméras à scintillation) sont encore importants. Après s'être progressivement réduits, ils semblent s'être stabilisés ces dernières années.

Une concentration plus importante des équipements

En 2010, 2 900 salles de radiologie conventionnelle ou numérisée sont disponibles dans 845 établissements de santé publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DOM, y compris service de santé des armées (SSA). Parmi ces établissements, 689 sont équipés de salles de radiologie numérisée (voir tableau). Celles-ci sont au nombre de 2 352 en 2010, ce qui représente 80 % 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. 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 500 établissements déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 606 appareils ; 307 établissements possèdent au moins une IRM, ce qui représente 362 appareils. Enfin, 122 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 291 gamma-caméras (voir définitions). Toutefois, ce nombre est sans doute sous-estimé en raison de non-réponses. Par ailleurs, d'autres établissements peuvent avoir accès à ce matériel dans le cadre de conventions de co-utilisation, le partage des équipements lourds étant encouragé. Dans les cliniques privées, il existe également des équipements d'imagerie, notamment au moins 176 scanners et 98 IRM déclarés dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Là encore, ces chiffres constituent vraisemblablement un minorant. La gestion de propriété est en effet différente selon les statuts juridiques des établissements, plusieurs personnes morales pouvant coexister au sein des cliniques privées, l'une correspondant aux activités de soins et l'autre aux activités médico-techniques. Une expertise est en cours pour fiabiliser ces dénominations à partir des

données d'autorisations du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) et du logiciel de gestion et de suivi des autorisations (ARHGIS).

Des délais d'attente encore importants pour certains équipements

En 2010, 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 3,7 jours pour un patient hospitalisé. Après s'être progressivement réduits ces dernières années, ces délais évoluent peu en 2010 : ils diminuent très légèrement pour les patients hospitalisés et sont stables pour les patients externes. Ces délais peuvent varier selon les entités considérées. Ils sont notamment légèrement plus longs dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) que dans l'ensemble des établissements publics et privés à but non lucratif, pour un patient hospitalisé (4,8 jours), mais équivalents pour un patient externe. La durée moyenne d'ouverture par semaine est pourtant plus importante dans ces établissements : 80 heures par semaine contre 60 pour l'ensemble des établissements publics et privés à but non lucratif. La plus grande complexité des pathologies traitées dans les CHR pourrait induire un besoin d'examen plus important et peut-être des examens de durée plus longue, mais aucune donnée disponible ne permet d'étayer cette hypothèse au niveau national. Dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les délais d'attente pour un scanner sont légèrement plus longs pour un patient hospitalisé (4,4 jours) mais beaucoup plus longs, en consultation externe (22 jours) ; la durée moyenne d'ouverture hebdomadaire y est plus courte (45 heures).

Les délais d'attente avant de bénéficier d'un examen d'IRM sont deux fois plus importants que pour les scanners : 29 jours en consultation externe et 7 jours lors d'une hospitalisation. En 2010, ces délais diminuent légèrement pour les patients hospitalisés (-0,5 jour) et augmentent pour les patients externes.

Champ

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

Définitions

• La **radiologie** est une technique basée sur l'utilisation des rayons X.

• **Radiologie numérisée** : elle constitue une amélioration technique par rapport à la radiologie conventionnelle du fait de l'assistance d'un ordinateur pour la réalisation des films.

• **Radiologie vasculaire et coronarographie** : les examens des vaisseaux sont réalisés dans des salles spécialisées permettant les injections intra-vasculaires nécessaires aux angiographies (visualisation des vaisseaux) en toute sécurité. Les coronarographies (visualisation des artères coronaires) peuvent être réalisées également dans les salles de radiologie vasculaire sous réserve d'un équipement spécifique.

• **Scanner ou tomodensitomètre** : il utilise également les rayons X mais permet de visualiser des tranches d'épaisseur variable.

• **Imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM)** : comme son nom l'indique, l'IRM utilise les propriétés électromagnétiques du corps humain. Elle met en évidence sous forme d'image les contrastes entre différents tissus tels que l'os, les muscles ou les tendons, par exemple.

• **Caméra à scintillation ou gamma-caméra** : elle est utilisée en médecine nucléaire pour la détection de radioéléments qui permettent d'établir certains diagnostics (isotopes radioactifs de certains éléments naturels - iodé, technétium, fluor, etc.).

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

Sources

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

TABLEAU ● Équipement en imagerie en 2010

Type d'équipement	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils ou de salles	Délai d'attente moyen pour patients externes (en jours)	Délai d'attente moyen pour patients hospitalisés (en jours)	Nombre moyen d'heures d'ouverture par semaine
Scanners	497	606	14	3,7	60
IRM	307	362	29	7,3	57
Caméras à scintillation	122	291	10	4,1	51
Tomographes à émission/caméras à positrons	63	67			
Échographes doppler	690	1 644			
Salles de radiologie conventionnelle	351	547			
Salles de radiologie numérisée	689	2 352			
Salles de radiologie vasculaire : <i>dont salles de coronarographie</i>	190 113	346 151			

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

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

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

5

Les «autres» disciplines hospitalières

- 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 des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Les parcours de soins hospitaliers

L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé

La psychiatrie a des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extra-hospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc. La majeure partie des patients des services de psychiatrie des établissements de santé sont pris en charge en ambulatoire. Les autres prises en charge, dites à temps partiel et à temps complet, reposent essentiellement sur les 58 000 lits d'hospitalisation à temps plein, les 28 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit et les 1 800 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Toutefois, d'autres types d'alternatives à l'hospitalisation ont également été plus ou moins développés.

Une offre majoritairement publique et spécialisée

En 2010, sur 588 établissements de santé (voir définitions) assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie, près de la moitié sont des établissements publics. Ils représentent les deux tiers de l'ensemble des lits d'hospitalisation complète et les quatre cinquièmes des places d'hospitalisation partielle. L'autre moitié se répartit à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées, ces dernières ayant essentiellement une activité d'hospitalisation à temps plein. L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif. Près des deux tiers des établissements ayant une activité de psychiatrie sont mono-disciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline. Les établissements privés à but lucratif sont quasiment exclusivement spécialisés en psychiatrie. Les établissements pluridisciplinaires sont, en revanche, en grande majorité des établissements publics.

Une prise en charge réalisée en grande partie en ambulatoire

Les patients de psychiatrie en établissements de santé sont essentiellement pris en charge en ambulatoire. En effet, 75 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme, notamment dans les 3 800 centres médico-psychologiques (CMP) et unités de consultation (voir tableau). Les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux que les CMP. Ainsi, près de 18 % des actes sont réalisés à domicile ou en institution substitutive au domicile, en unité d'hospitalisation somatique, en établissement social ou médico-social ou encore en milieu scolaire ou en centre de protection maternelle et infantile (PMI).

Un poids plus important du temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile

Le nombre de places en hôpital de jour et hôpital de nuit est de 28 000 pour 5,1 millions de venues en 2010. À ces formes d'hospitalisation partielle, il convient d'ajouter les 2,1 millions de

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie au 31 décembre 2010 en France métropolitaine et dans les DOM, y compris le service de santé des armées (SSA). Les nombres de journées de prise en charge à temps partiel publiés ici ne peuvent être utilisés pour faire des comparaisons avec les données publiées dans les éditions antérieures à 2009 du Panorama. En effet, les concepts de la SAE ont évolué : désormais les venues en psychiatrie ne sont plus égales aux

journées, une venue comptant pour une journée ou une demi-journée (« demi-venue ») selon la durée de prise en charge.

Définitions

- **Établissement de santé ayant une activité de psychiatrie :** il correspond ici à l'entité juridique pour tous les établissements publics ayant une activité de psychiatrie ainsi que pour les établissements privés ayant plusieurs sites dans le même département ; à une entité géographique par département d'implantation si l'entité juridique regroupe des établissements

venues dans les 1 800 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou ateliers thérapeutiques. La psychiatrie infanto-juvénile est caractérisée par une part beaucoup plus forte des prises en charge à temps partiel. Les places en hôpital de jour et de nuit représentent ainsi 74 % des capacités d'accueil (en lits et places) en psychiatrie infanto-juvénile contre 23 % en psychiatrie générale. En particulier, l'hospitalisation de jour est la forme d'activité, hors ambulatoire, la plus importante en nombre de journées réalisées en psychiatrie infanto-juvénile (57 % des journées) alors qu'elle ne représente que 13 % des journées de prise en charge en psychiatrie générale.

Des prises en charge à temps complet réalisées principalement en hospitalisation à temps plein

Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ne cessent de diminuer. Cette diminution a toutefois ralenti ces dernières années et le nombre de lits installés s'établit à environ 58 000 en 2010 pour près de 19 millions de journées. Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes d'activité à temps complet existent, essentiellement en psychiatrie générale, les enfants et adolescents étant plus souvent pris en charge à temps partiel ou en ambulatoire qu'à temps complet. Ainsi, en 2010, les établissements de santé déclarent disposer de 7 600 lits ou places en placement familial thérapeutique, centre de postcure, appartement thérapeutique, hospitalisation à domicile, centre de crise et structure d'accueil d'urgence. Dans ces structures, 1,9 million de journées de prises en charge ont été réalisées, soit 9 % de l'activité à temps complet.

De fortes disparités départementales

La densité nationale d'équipement en lits et places à temps complet et en places d'hôpital de jour et de nuit est de 145 pour 100 000 habitants en 2010. Elle est à compléter par 2,8 CATTP ou ateliers thérapeutiques pour 100 000 habitants. Ces taux d'équipement sont très variables d'une région à l'autre. Les mêmes disparités sont observables pour l'activité dénombrée en journées à temps complet ou à temps partiel qui varie de 357 à 671 journées pour 1 000 habitants en France métropolitaine (voir carte).

privés sur plusieurs départements ; à l'entité géographique pour les établissements privés ayant une activité de psychiatrie sur un seul site.

- **Psychiatrie générale :** prise en charge des adultes de plus de 16 ans.
- **Psychiatrie infanto-juvénile :** prise en charge des enfants et adolescents.

Pour en savoir plus

- Leroux I., Schultz P., 2011, « Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale », *Document de travail*, Série statistiques, n° 155, DREES, avril.
- Coldefy M. (coord.), 2007, *La prise*

en charge de la santé mentale – Recueil d'études statistiques, Collection Études et Statistiques, Paris, la Documentation française.

Sources

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

TABLEAU ● Capacités et activité au 31 décembre 2010

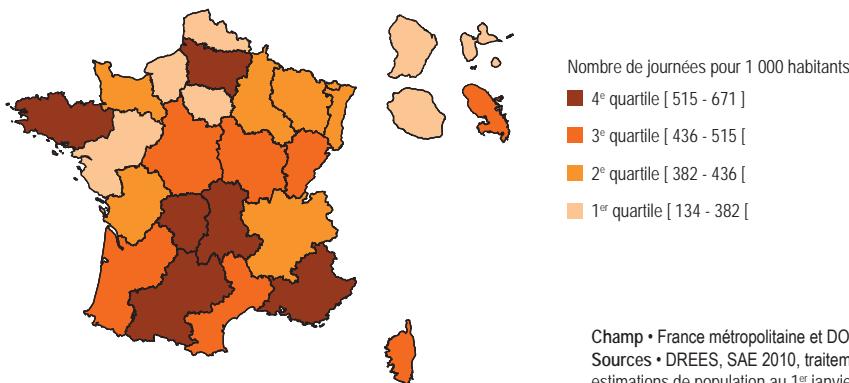
	Psychiatrie générale				Psychiatrie infanto-juvénile			
	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total
Prises en charge à temps complet								
Hospitalisation à temps plein								
Nombre de lits	36 410	7 280	11 980	55 700	1 660	390	170	2 220
Nombre de journées	11 887 800	2 314 200	4 209 400	18 411 400	327 200	86 600	34 200	448 000
Placement familial thérapeutique								
Nombre de places	2 760	180	-	2 940	770	80	-	850
Nombre de journées	755 000	46 900	-	801 900	137 500	13 800	-	151 300
Accueil en centre de postcure								
Nombre de lits	610	550	320	1 480	-	-	-	-
Nombre de journées	140 300	146 400	110 600	397 300	-	-	-	-
Accueil en appartement thérapeutique								
Nombre de places	870	220	-	1 090	-	-	-	-
Nombre de journées	226 100	45 700	-	271 800	-	-	-	-
Hospitalisation à domicile								
Nombre de places	610	30	-	640	260	5	-	265
Nombre de journées	161 300	8 900	-	170 200	53 400	200	-	53 600
Accueil en centre de crise								
Nombre de places	250	10	20	280	20	10	-	30
Nombre de journées	67 300	1 800	5 300	74 400	5 000	2 200	-	7 200
Prises en charge à temps partiel								
Hôpital de jour								
Nombre de places	13 570	3 150	750	17 470	7 530	1 700	90	9 320
Nombre de journées	2 625 200	594 000	215 800	3 435 000	1 104 000	323 500	12 700	1 440 200
Hôpital de nuit								
Nombre de places	1 030	250	40	1 320	90	30	-	120
Nombre de journées	130 000	50 000	9 200	189 200	6 100	3 500	-	9 600
CATT et ateliers thérapeutiques								
Nombre de structures	1 000	120	-	1 120	580	80	-	660
Nombre de journées	1 466 000	208 000	-	1 674 000	379 400	31 400	-	410 800
Prises en charge en ambulatoire								
Nombre de structures de type CMP	1 960	240	-	2 200	1 380	200	2	1 582
Nombre d'actes réalisés en CMP ou à l'extérieur	10 845 000	1 386 400	-	12 231 400	4 564 900	622 400	3 900	5 191 200

Le tableau présente les capacités et l'activité au 31 décembre 2010. Les chiffres sont arrondis.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

CARTE ● Nombre de journées de prise en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie pour 1 000 habitants



Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES ; INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2010.

Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie

En 2010, en France métropolitaine et dans les DOM, 252 établissements habilités ont hospitalisé 51 500 patients sans leur consentement. Dans l'ensemble de ces établissements, 72 000 hospitalisations sans consentement (HSC) ont été décidées ; il s'agit dans quatre cas sur cinq d'hospitalisation à la demande de tiers. Leur nombre est stable entre 2007 et 2010. Toutefois, de fortes disparités départementales existent.

Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) établissent chaque année un rapport de leur activité. L'exploitation de ces rapports a permis d'étudier les mesures d'hospitalisation sans consentement de 1999 à 2009. Le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIMP) mis en place depuis 2007 permet également une analyse des hospitalisations sans consentement, à un niveau individuel et non plus agrégé par département (voir sources et définitions). Les résultats présentés ici, ont été calculés à partir de cette nouvelle source. Ils confortent les résultats antérieurs.

40 % des établissements de psychiatrie ont réalisé des hospitalisations sans consentement

En 2010, 252 établissements, sur les 588 autorisés en psychiatrie, ont réalisé des hospitalisations sans consentement. La majeure partie sont des établissements publics. Parmi les établissements publics, 84 % ont réalisé au moins une hospitalisation sans consentement contre seulement 7 % dans le privé. La prise en charge des patients en hospitalisation sans consentement est en effet définie réglementairement par la loi HPST (L6112-1 du code de la santé publique) au titre des missions de service public et seuls certains établissements privés, désignés par l'ARS lorsque les besoins du territoire ne sont pas couverts, peuvent accueillir des patients en hospitalisation sans consentement.

Un nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement stable

En 2010, parmi les mesures d'hospitalisations sans consentement (HSC), 80 % sont des mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Les 20 % restants correspondent à des hospitalisations d'office (voir tableau). La part de ces dernières parmi les HSC est stable entre 2007 et 2010. Elle est très variable d'un département à l'autre, allant de moins de 7 % à plus de 30 %.

En 2010, 58 000 mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ont été décidées dans les 100 départements français. Alors que le nombre d'HDT avait légèrement baissé entre 2007 et 2008 (-3 %), il est revenu en 2010 sensiblement au même niveau qu'en 2007.

En 2010, 14 000 mesures d'hospitalisation d'office (HO) ont été arrêtées par les préfets et, à Paris, par le préfet de police. Sur la

Champ

France métropolitaine et DOM.

Les hospitalisations d'office exclues de ce décompte sont : 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 2010) et les hospitalisations d'office prononcées pour les personnes détenues (art. D398 du code de procédure pénale 2010).

Définitions

• **Hospitalisation sans consentement :** hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office. Une personne adulte ne peut être hospitalisée sur demande d'un tiers que si ses troubles rendent impossible son consentement et que son état impose

des soins immédiats assortis d'une surveillance constante (article L3212-1 du code de la santé publique 2010). L'hospitalisation d'office concerne les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public (article L3213-1 du code de la santé publique 2010).

Sont distinguées parmi les hospitalisations d'office : les hospitalisations préfectorales directes (art. L3213-1 du CSP 2010), les hospitalisations d'office préfectorales prises après une mesure provisoire du maire ou du commissaire de police à Paris (art. L3213-2 du CSP 2010).

• **Psychiatrie générale :** prise en charge des adultes de 16 ans ou plus présentant des troubles psychiques.

période 2007-2010, le nombre d'HO enregistre une baisse légère de 2,8 %.

De fortes disparités départementales du poids des mesures d'hospitalisation sans consentement

En 2010, les établissements de santé ont réalisés 614 000 hospitalisations à temps plein en psychiatrie générale en France métropolitaine et dans les DOM. Le nombre de mesures d'HSC s'établit donc à 13 pour 100 hospitalisations à temps plein. Ce rapport est stable dans le temps mais varie considérablement d'un département à l'autre (voir carte 1). En effet, dans 17 départements, ce sont de 20 à 42 mesures d'HSC qui sont prises dans l'année pour 100 hospitalisations à temps plein en psychiatrie générale alors que moins de 10 mesures sont déclarées pour 100 hospitalisations dans 29 autres départements.

Ces variations géographiques sont à rapprocher des disparités départementales du nombre de mesures d'HSC rapporté au nombre d'habitants de plus de 20 ans ainsi qu'à celles relatives au taux d'hospitalisation à temps plein de cette même population.

Au niveau national, 148 mesures d'HSC pour 100 000 habitants de plus de 20 ans sont dénombrées en 2010. Cette proportion varie dans un rapport de 1 à 8 au niveau départemental (voir carte 2).

Ainsi, le nombre de mesures d'HSC rapporté au nombre d'entrées en hospitalisation à temps plein atteint son maximum dans la Haute-Saône (42 mesures d'HSC pour 100 hospitalisations à temps plein). Ce département se caractérise par un nombre peu élevé d'hospitalisations à temps plein relativement à sa population, et un nombre de mesures d'HSC rapporté à la population supérieur à la moyenne. Au contraire, peu de mesures d'HSC et un nombre élevé d'hospitalisations à temps plein, relativement aux populations départementales, sont comptabilisées dans le département de la Haute-Corse. La Haute-Corse et le territoire de Belfort ont par ailleurs le taux le plus faible de mesures d'HSC rapportées aux entrées en hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale.

Le nombre de patients diffère du nombre de mesures. En effet, un même patient peut faire l'objet de plusieurs mesures la même année. Le nombre de patients hospitalisés sans leur consentement est de 51 500 en 2010. Parmi eux, 81 % ont été hospitalisés à la demande d'un tiers et 17 % en hospitalisation d'office. Le reste correspond aux patients ayant eu une HDT et une HO la même année.

Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation à temps plein, venues en hospitalisation partielle, etc.) et les facteurs de production associés (lits et places, équipements, personnel). En outre, à compter de 2006, des informations spécifiques à la psychiatrie, dont les hospitalisations sans consentement, sont recueillies en complément (bordereau Q09). Les concepts ont toutefois changé depuis le début du recueil d'informations spécifiques à la psychiatrie en 2006 : nombre d'entrées en HSC de 2006 à 2008 et nombre de mesures à partir de 2009.

Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIMP-P) mis en place par la DGOS et l'ATIH fournit une description

médicale détaillée de l'activité d'hospitalisation et ambulatoire des établissements de santé pour leur activité de psychiatrie depuis 2007. Pour chaque hospitalisation figurent des informations sur le mode légal d'hospitalisation. Il est donc possible de repérer les différents types d'HSC. Il s'agit d'un recueil encore jeune dont l'exhaustivité n'est pas encore parfaite sur le champ de l'ensemble de l'activité de psychiatrie. En revanche la quasi-totalité des établissements (94 %) habilités à réaliser des HSC renseigne le recueil. Un appariement SAE-RIMP-P a par ailleurs permis de vérifier la cohérence (et la complétude le cas échéant) des données.

Les estimations de population de l'INSEE au 1^{er} janvier 2010 sont utilisées pour obtenir le nombre d'habitants de 20 ans et plus dans chaque département.

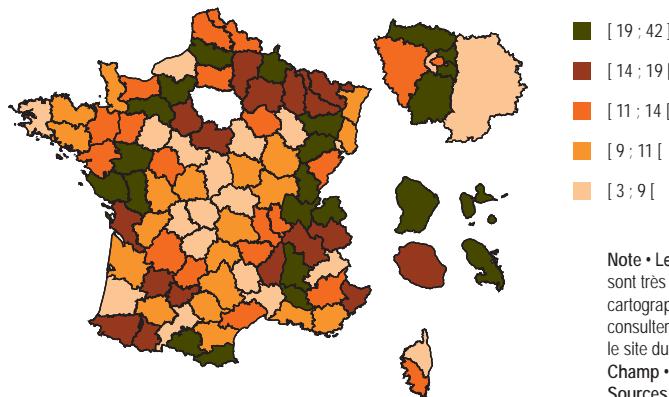
TABLEAU ● Évolution des mesures d'hospitalisation sans consentement de 2007 à 2010

	2007	2008	2009	2010
Hospitalisation d'office (HO)	14 545	13 927	14 086	14 088
Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)	57 679	55 930	55 951	57 941
Hospitalisation sans consentement (HSC)	72 224	69 857	70 037	72 029
Nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale (H)	536 161	530 977	532 758	545 949
HO/HSC	20 %	20 %	20 %	20 %
HSC/H	13 %	13 %	13 %	13 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, RIMP 2007, 2008, 2009, 2010 ; DREES, SAE 2007, 2008, 2009, 2010, traitement DREES.

CARTE 1 ● Nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 hospitalisations complètes en psychiatrie générale en 2010

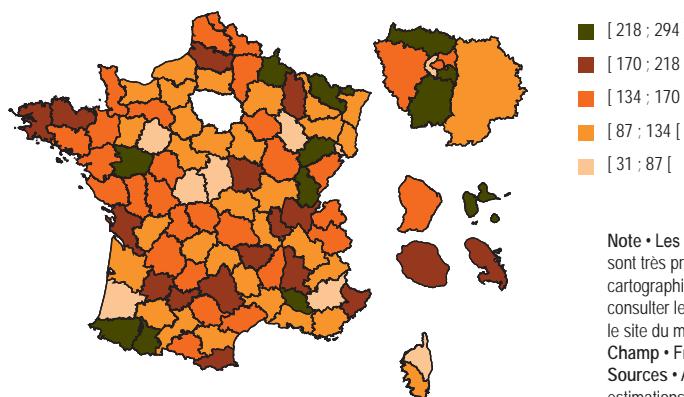


Note • Les données observées dans certains départements sont très proches des seuils utilisés pour la représentation cartographique. Pour plus de précision, il est possible de consulter les données en lien avec les cartes, disponibles sur le site du ministère.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, RIMP 2010, traitement DREES.

CARTE 2 ● Nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus en 2010



Note • Les données observées dans certains départements sont très proches des seuils utilisés pour la représentation cartographique. Pour plus de précision, il est possible de consulter les données en lien avec les cartes, disponibles sur le site du ministère.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, RIMP 2010, traitement DREES ; INSEE, estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2010.

Les structures d'hospitalisation à domicile

En 2010, 302 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ont offert 12 390 places et réalisé plus de 4 millions de journées en France métropolitaine et dans les DOM. Ces structures se répartissent pour la quasi-totalité entre le secteur public et le secteur privé à but non lucratif, notamment associatif. L'Île-de-France concentre à elle seule un peu moins d'un quart des places, et près d'un tiers des séjours d'HAD y sont réalisés.

Grâce aux progrès technologiques, l'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville : elle constitue l'une des alternatives à l'hospitalisation complète (voir la fiche « Les autres prises en charge hospitalières »). Elle permet, en effet, d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux afin de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en médecine, obstétrique ou en soins de suite de rééducation et de réadaptation.

Des structures d'HAD diverses par leur statut juridique et leurs capacités

Bien que relativement ancienne, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2010, 302 structures offrent 12 400 places en France métropolitaine et dans les DOM (voir tableau 1). Avec 47 entités, le secteur privé à but lucratif est le secteur où l'HAD est la moins répandue. Les structures HAD appartiennent, en 2010, pour 43 % au secteur public, et pour 42 % au secteur privé à but non lucratif. Dans le secteur public, 117 structures appartiennent à des centres hospitaliers (CH) et 12 à des centres hospitaliers régionaux (CHR). Plus de 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 plus de la moitié des places d'HAD en 2010.

Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire

En 2010, sur les 12 400 places d'HAD installées en France métropolitaine et DOM, près de 2 750 sont concentrées en Île-de-France (voir carte), ce qui représente 22 % de l'offre totale. En termes d'activité, 33 % des séjours y sont réalisés. Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premières structures d'HAD, créées en France à la fin des années 1950, sont l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris (AP-HP) et Santé Service Île-de-France. Ces structures ont les capacités d'accueil les plus importantes, avec respectivement 820 et 1 200 places en 2010 ; elles réalisent ainsi un peu moins des trois quarts des séjours de la région Île-de-France. La densité moyenne nationale

Champ

Établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine et DOM, hors service de santé des armées (SSA) ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2010.

Définitions

- **La structure d'HAD :** il s'agit d'un établissement ou d'un service de santé exerçant une activité d'HAD dans un lieu géographique donné. Cette activité peut être réalisée par un établissement spécialisé sur ce seul type d'hospitalisation ou bien constituer un service d'une entité juridique ou d'un établissement pluridisciplinaire. Afin de mieux organiser l'accès en HAD et de couvrir les zones à desservir, certains départements fonctionnent avec des antennes HAD ou en groupement de coopération sanitaire. Les antennes

- sont comptées comme structures lorsqu'elles fournissent de façon autonome un recueil PMSI : pour autant, les pratiques de codage en la matière sont hétérogènes d'un département à l'autre. Ainsi, le décompte des structures HAD est entaché d'une légère imprécision.
- **Les textes :** d'après la circulaire du 30 mai 2000, « l'hospitalisation à domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé ». La circulaire du 1^{er} décembre 2006 rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, son régime d'autorisation, ses obligations, le rôle des différents acteurs et son positionnement au sein d'une offre de soins locale.
- **Périmètre de l'HAD :** elle concerne

est de 19 places pour 100 000 habitants : la Lorraine, l'Auvergne sont sous-dotées avec 11 et 13 places. À l'inverse, la Corse et le Limousin sont les régions qui comptent le plus de places (respectivement 29 et 26), suivies de près par l'Île-de-France, l'Aquitaine et la Basse-Normandie. Les DOM, et en particulier la Guadeloupe et la Guyane, ont des densités de plus de deux fois supérieures à la densité nationale (53 et 42 respectivement).

Aujourd'hui, l'HAD en Guyane comble les déficits en offre de soins en étant présente là où les professionnels de santé manquent, offrant ainsi un panel de prise en charge que les établissements de santé n'offrent pas ; en Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des places en MCO observée entre 2000 et 2010.

L'activité des structures d'HAD

Le secteur public prend en charge un peu moins de 37 % des 152 000 séjours en HAD et le secteur privé à but non lucratif 56 %. La prédominance du secteur privé à but non lucratif est encore plus marquée si l'on mesure l'activité en journées : 64 % des journées y sont réalisées contre 26 % dans le secteur public. Les séjours effectués dans les structures du secteur public sont des séjours plus courts que ceux réalisés dans le secteur privé à but non lucratif : si dans l'ensemble, 79 % des séjours sont mono-séquences de soins (voir tableau 2), cette part s'élève à 83 % dans le public contre 78 % dans le privé à but non lucratif. Les modes de prise en charge de « périnatalité », de « soins palliatifs » et de « soins techniques de cancérologie » sont les modes les plus répandus. Ils concentrent 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 palliatifs », puis à la « périnatalité » et aux « soins techniques de cancérologie » qui, réunis, représentent près de 56 % des séjours du secteur. Les prises en charge liées à la périnatalité sont, quant à elles, plus répandues dans le secteur public : elles représentent près d'un tiers des séjours du secteur.

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.

- **Unité séjour :** il s'agit ici de la notion de séjour-patient : plusieurs séjours effectués par un même patient sont autant de séjours différents.

- **Séquence de soins :** elle correspond à une période du séjour du patient en HAD durant laquelle celui-ci présente une situation clinique précise, définie par la combinaison de trois critères médicaux que sont le mode de prise en charge principal, un mode associé (éventuel) et le ni-

veau de dépendance. Un séjour peut être constitué d'une seule séquence de soins (séjour mono-séquence) ou de plusieurs séquences successives (séjour multi-séquences) dès lors que la situation clinique du patient varie au cours d'un même séjour.

Pour en savoir plus

- Valdellièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L., 2009, « Les structures d'hospitalisation à domicile », *Études et Résultats*, n° 700, DREES, juillet.
- Afrite A., Com-Ruelle L., Chaleix M., Valdellièvre H., 2009, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients », *Questions d'économie de la santé*, n° 140, IRDES, mars.

Sources

Voir la fiche « Les patients hospitalisés à domicile ».

TABLEAU 1 ● Capacités et activité des structures d'HAD selon leur statut juridique

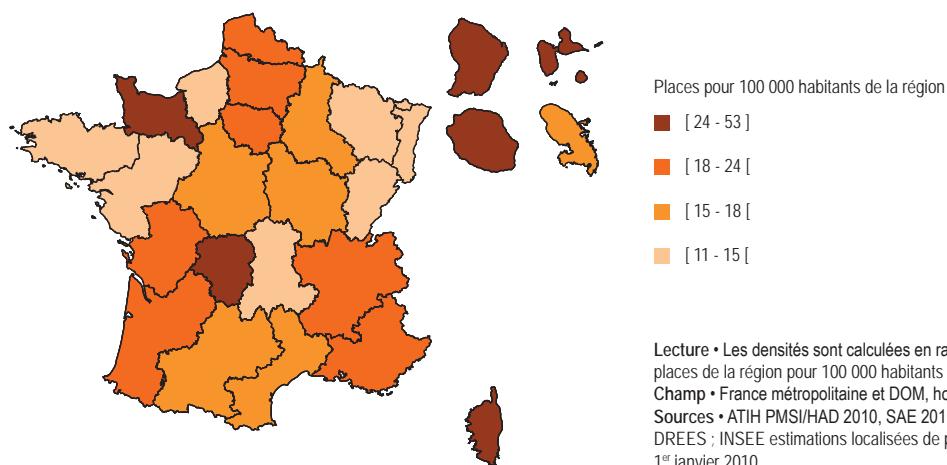
Statut juridique des structures	Nombre de structures	Places installées	Activité en journées
Secteur public	129	3 476	1 029 739
Centre hospitalier régional	12	1 189	390 352
Centre hospitalier (et autres)	117	2 287	639 387
Secteur privé à but non lucratif	126	7 330	2 544 409
Centre de lutte contre le cancer	3	142	53 605
Structure associative d'HAD	105	6 375	2 237 604
Autres	18	813	253 200
Secteur privé à but lucratif	47	1 581	421 903
Ensemble	302	12 387	3 996 051

Lecture • 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, pour réaliser l'activité HAD en MCO et SSR.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2010; DREES, SAE 2010, traitement DREES.

CARTE ● Densité de places HAD par région, en 2010



Lecture • Les densités sont calculées en rapportant les places de la région pour 100 000 habitants de la région.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • ATIH PMSI/HAD 2010, SAE 2010, traitement DREES : INSEE estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2010.

TABLEAU 2 ● Répartition des séjours selon le statut juridique des structures d'HAD

Statut juridique des structures	Activité en séjours		Part des séjours mono-séquence (en %)	Durées moyennes des séjours mono-séquence
	en nombre	en %		
Secteur public	56 159	37	83	12
Centre hospitalier régional	21 721	14	89	14
Centre hospitalier (et autres)	34 438	23	81	12
Secteur privé à but non lucratif	85 039	56	78	20
Centre de lutte contre le cancer	4 566	3	82	5
Structure associative d'HAD	69 275	46	76	22
Autres	11 198	7	87	14
Secteur privé à but lucratif	10 941	7	62	25
Ensemble	152 139	1	79	17

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2010, SAE 2010, traitement DREES.

Les patients hospitalisés à domicile

En 2010, près de quatre millions de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en France métropolitaine et dans les DOM. Les séjours en périnatalité, en soins palliatifs et en cancérologie sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Les patients pris en charge sont de tous âges, et plus de six patients sur dix ne sont pas autonomes. Pour deux patients sur trois, l'HAD permet de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en établissement de santé.

Des patients de tous âges, avec des hommes plutôt âgés et des jeunes mères

L'hospitalisation à domicile s'adresse à tout patient, de la naissance à la fin de vie. En 2010, les enfants de 15 ans et moins concentrent 7,6 % des séjours, dont 5,2 % 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 des deux tiers des séjours et les seules personnes de 80 ans et plus, un sur six. Chez les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (84 % des séjours) (voir graphique 1) ; pour cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent près d'un séjour sur quatre. Plus d'une femme sur trois hospitalisée à domicile a entre 25 et 39 ans. Dans cette tranche d'âge, les femmes représentent d'ailleurs 93 % des séjours d'HAD, essentiellement pour une prise en charge en soins de périnatalité (post-partum pathologique, retour précoce au domicile après accouchement et grossesse à risque). De fait, les femmes prises en charge en HAD sont, en moyenne, plus jeunes que les hommes : 50,9 ans contre 63,6 ans. Mais si l'on se restreint aux modes de prise en charge « hors périnatalité », l'âge moyen des femmes en HAD se rapproche de celui des hommes (61,2 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 22,1 % des séjours effectués : 9,4 % concernent des post-partum et 12,7 % la surveillance des grossesses à risque et la prise en charge de nouveau-nés. En périnatalité, l'éducation du patient et de son entourage constitue le mode de prise en charge associé dans un cas sur trois. Plus de 14 % des séjours concernent des soins de cancérologie et majoritairement des soins de chimiothérapie anticancéreuse (9,1 %). Les soins palliatifs concentrent, quant

patient au cours d'une séquence de soins. Un ou plusieurs modes de prise en charge peuvent se conjuguer au cours d'une même période : le mode « principal » est celui qui consomme l'essentiel des ressources.

- **Le degré de dépendance** : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) selon un gradient allant de l'autonomie complète (classe 1) à la dépendance totale (classe 4) dans six dimensions différentes : habillement, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre

à eux, 18,9 % des séjours (voir tableau). Les autres groupes de modes de prise en charge principaux sont moins fréquents, voire rares. La prise en charge pour l'éducation du patient et de son entourage et celle pour le traitement de la douleur apparaissent le plus souvent en tant que protocole de soins associé dans respectivement 14,8 % et 9,7 % 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 (59,7 %).

Plus de 60 % des patients hospitalisés à domicile ne sont pas autonomes

Le degré de dépendance, physique et/ou relationnelle, est mesuré selon un score issu de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ). En 2010, un tiers des admissions en HAD concernent des patients complètement autonomes. À l'opposé, près de 14,9 % de patients admis en HAD sont complètement dépendants. L'autonomie relationnelle est mieux préservée que l'autonomie physique (avec respectivement 63,6 % et 35,4 % 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 2010, près de trois patients sur dix provenaient de leur domicile (voir graphique 2). L'HAD a permis d'éviter totalement une hospitalisation en établissement de santé pour un patient sur cinq puisque 20,7 % demeurent chez eux en fin de séjour ; pour 6,1 % des patients, l'HAD retarde l'hospitalisation complète puisqu'ils sont ensuite transférés en établissement traditionnel.

Sept patients sur dix sont admis en HAD à la suite d'une prise en charge en établissement de santé : 41,2 % des patients écourtent une hospitalisation complète en restant à domicile. Mais ce n'est pas le cas pour près d'un patient sur quatre (23,5 %) pour lequel une (ré) hospitalisation est nécessaire.

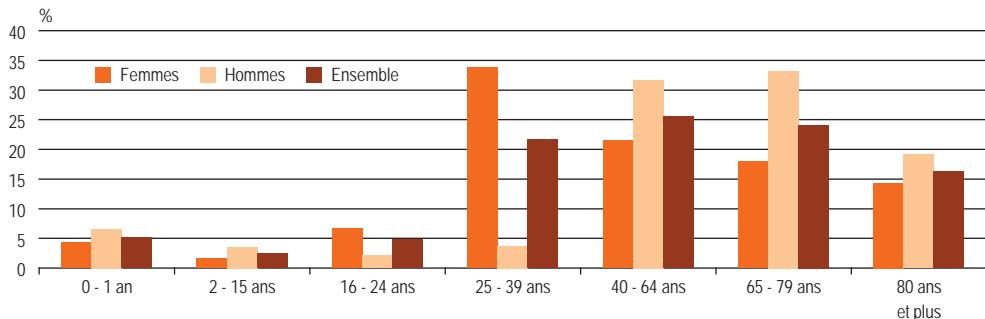
premières dimensions. La dépendance cognitive est mesurée par les scores des deux dernières dimensions « comportement, relation-communication ». Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome (score AVQ de 6), faiblement dépendant (de 7 à 12), moyennement dépendant (de 13 à 18), fortement ou complètement dépendant (de 19 à 24).

- Afrite A., Com-Ruelle L., Chaleix M., Valdétreville H., 2009, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients », *Questions d'économie de la santé*, n° 140, IRDES, mars.

Sources

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



Lecture • Les âges sont ceux observés à l'admission.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2010, SAE 2010, traitement DREES.

TABLEAU ● Répartition des séjours et des journées correspondantes classés selon les modes de prise en charge principaux regroupés prescrits à l'admission

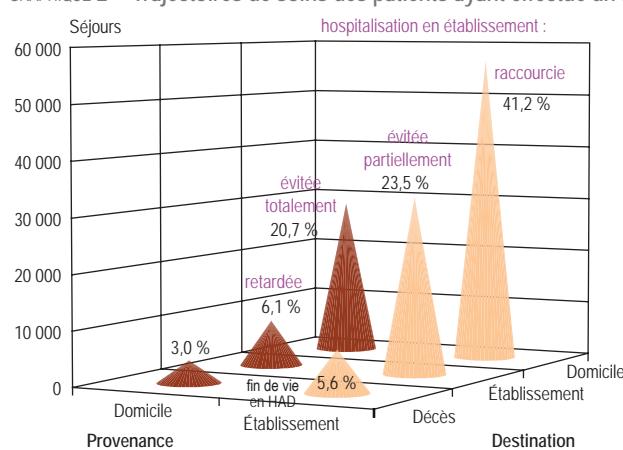
Modes de prise en charge principaux regroupés* prescrits à l'admission	Séjours		Journées		Durée moyenne des séjours	Durée moyenne des séjours mono-séquence
	Effectifs	%	Effectifs	%		
Périnatalité	33 612	22,1	256 869	6,4	7,7	7,2
Soins palliatifs	28 694	18,9	977 124	24,5	37,4	24,5
Soins techniques de cancérologie	21 538	14,2	183 900	4,6	9,0	5,8
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	14 945	9,8	812 974	20,3	60,2	42,5
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	12 646	8,3	593 551	14,9	53,2	35,6
Soins de nursing lourds	6 366	4,2	384 521	9,6	73,1	51,3
TraITEMENT intraveineux	11 194	7,4	201 273	5,0	18,6	11,3
Post-traitement chirurgical	10 701	7,0	217 192	5,4	20,5	12,7
Autres motifs	7 752	5,1	201 376	5,0	29,7	13,9
Rééducation-réadaptation-éducation	4 385	2,9	166 193	4,2	43,7	27,6
Non renseigné	306	0,2	1 078	0,0	3,5	3,5
Ensemble	152 139	100,0	3 996 051	100,0	29,0	17,0

* Agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existants dans le recueil.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2010, SAE 2010, traitement DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2010



Lecture • 29,8 % des patients ayant effectué un séjour HAD en 2010 provenaient de leur domicile ; l'hospitalisation en établissement a donc été totalement évitée pour 20,7 % d'entre eux ; 70,3 % provenaient d'un établissement de santé : leur hospitalisation en établissement a donc été raccourcie pour 41,2 % d'entre eux. 5,6 % des séjours en HAD se terminent par un décès.

Champ • Les 120 637 séjours HAD terminés en 2010 en France métropolitaine, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2010, SAE 2010, traitement DREES.

Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

En 2010, quelque 1 800 établissements déclarent une activité de SSR et réalisent plus de 35 millions de journées en hospitalisation complète ou partielle en France métropolitaine et dans les DOM. Le secteur public prend en charge près de 40 % de l'activité. Près de 109 000 lits et places ont été dénombrés, dont 40 % dans le secteur public. Les capacités sont plus importantes en Île-de-France et surtout dans l'ensemble du sud-est et, de plus, 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

L'offre de soins en SSR est assurée par 1 813 établissements pour la France métropolitaine et les DOM, hors service de santé des armées (SSA). Près d'un sur deux relève du secteur public (49,4 %), la moitié restante se partageant quasiment à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et non lucratif (voir tableau 1). Le secteur public offre 39,9 % des lits et places dédiés aux SSR, le secteur privé à but non lucratif 31,1 % et le secteur privé à but lucratif 29 %.

Le sud-est de la France est mieux doté

Si l'on rapporte les capacités au nombre de personnes âgées de 50 ans et plus, les densités apparaissent les plus élevées en Provence-Alpes-Côte d'Azur (607 lits et places pour 100 000 personnes de plus de 50 ans) ainsi qu'en Languedoc-Roussillon et en Île-de-France (534 et 522 lits et places pour chacune de ces régions) (voir carte). À l'opposé, les régions Champagne-Ardenne (315), Poitou-Charentes (353), Limousin (378) et, dans une moindre mesure, Centre (411) sont, avec la Guyane et La Réunion, les moins dotées.

Un personnel non médical majoritairement soignant

Les établissements SSR disposent en moyenne de 0,54 personnel soignant par lit, dont 0,24 pour le personnel infirmier. Quelle que soit la catégorie d'établissement, la part du personnel infirmier est plus faible que celle du personnel aide-soignant. En termes de combinaison de personnel infirmier/aide-soignant, les établissements de santé publics allouent un peu plus de personnel aide-soignant que les établissements du secteur privé. Le ratio moyen de personnel de rééducations est de 0,15 personne par lit ou place. Il varie peu selon le statut juridique de l'établissement (0,12 pour les structures du privé lucratif et 0,17 pour ceux du privé à but non lucratif).

Près de la moitié de l'activité SSR est prise en charge par le secteur public

Le secteur public réalise près de 14 millions de journées en hospitalisation complète et partielle, soit 38,8 % de l'activité totale de

Champ

France métropolitaine et DOM, hors maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, hors établissements du service de santé des armées (SSA).

Définitions

• **Établissement** : entité géographique ou site de production par opposition à l'entité juridique (voir la fiche « Les grandes catégories d'établissements de santé »).

• **Soins de suite et de réadaptation** : cette activité se développe au travers de prises en charge de différents types : polyvalentes, spécialisées dans la prise en charge des conséquences fonctionnelles de certaines affections (comme appareil locomoteur, système nerveux, cardiovasculaires, respiratoires...) ou liées au grand âge (personnes âgées à polypathologies, dépendantes ou à risque de dépendance), ou destinées à certaines populations (enfants, adolescents ou adultes).

- **Capacités** : voir la fiche sur « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».
- **Activité** : cumul des journées d'hospitalisation complète et partielle.

- **Part de l'activité à temps partiel** : jours d'hospitalisation partielle rapportés au nombre total de journées.
- **Part des capacités à temps partiel** : nombre de places d'hospitalisation partielle rapporté au nombre total des lits et places.

- **Densités de capacités** : les capacités de la région sont rapportées au nombre de personnes de 50 ans et plus. La densité est exprimée en nombre de lits et places pour 100 000 personnes de 50 ans et plus.

- **Le personnel soignant** : il comprend les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s.
- **Le personnel de rééducation** : il comprend masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, diététiciens, personnels éducatifs...

moyen séjour. Le reste de l'activité se répartit à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et non lucratif, avec près de 11 millions de journées par secteur. L'hospitalisation à temps partiel est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif que pour les autres secteurs puisqu'un quart des séjours y relève de ce type d'hospitalisation.

Des taux d'hospitalisation variables selon les régions

Le solde entre le taux d'entrée et le taux de fuite montre que globalement, les régions les plus faiblement dotées ont des soldes négatifs, en cohérence avec leur densité d'équipement, notamment la Champagne-Ardenne (-13), la Guyane (-65,2), la Picardie (-3,5) et la Franche-Comté (-9,9) (voir tableau 2).

À l'inverse, les régions PACA et Languedoc-Roussillon affichent des soldes positifs en lien avec leurs capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale. Ces flux de patients permettent en partie de réduire les disparités territoriales d'offre. Les taux d'hospitalisation standardisés sur le sexe et l'âge (qui permettent de comparer les taux des régions à structure de sexe et âge identique) montrent que la Guadeloupe, la Martinique, l'Alsace, et le Limousin sont les régions pour lesquelles les taux d'hospitalisation sont les plus élevés. À l'opposé la Champagne-Ardenne, et la Guyane, et dans une moindre mesure l'Auvergne, la Haute-Normandie, le Poitou-Charentes, et les Pays de la Loire ont les taux d'hospitalisation les plus faibles. Si l'accroissement des capacités dans certaines régions a amélioré leur situation, des disparités persistent. La Corse présente une situation singulière puisqu'elle est la région de la métropole pour laquelle le solde entre le taux de fuite et le taux d'entrée est le plus élevé (-17) alors qu'elle présente l'une des plus fortes densités d'équipement (496). Ceci s'explique par le caractère très spécialisé des établissements SSR qui accueillent des populations très spécifiques (pour des troubles nutritionnels notamment).

- **Les ratios par catégorie de personnel** : ils correspondent aux moyennes des ratios (personnel rapporté au nombre de lits par établissement).

- **Taux de fuite** : c'est la proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région.

- **Taux d'entrée** : c'est la proportion des séjours des non-résidents d'une région pris en charge dans la région.

- **Taux d'hospitalisation** : il est calculé pour une région donnée, par le rapport des patients résidents de la région hospitalisés (dans leur région ou dans une autre région) à la population de la région

- **Taux d'hospitalisation standardisé** : il est calculé en affectant aux régions, la structure par sexe et âge de la France entière (méthode de standardisation directe).

offre de soins », Dossiers Solidarité Santé, n° 23, DREES.

Sources

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

Le PMSI-SSR fournit un résumé de séjour pour toutes 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.

Pour en savoir plus

- Coquelet F, Valdelièvre H., 2011, « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et

TABLEAU 1 ● Établissements* développant des soins de suite et de réadaptation selon le statut de l'établissement

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	895	472	446	1 813
Capacités (lits et places)	43 319	33 741	31 547	108 607
<i>dont part de l'hospitalisation partielle</i>	5,0	10,9	7,1	7,4
Activité en séjours	507 565	425 719	374 795	1 308 079
<i>dont part de l'hospitalisation partielle</i>	17,8	26,6	12,5	19,2
Activité en journées	13 692 470	10 809 158	10 797 664	35 299 292
<i>dont part de l'hospitalisation partielle</i>	5,0	11,8	7,6	7,9
Ratio moyen de personnel soignant**	0,68	0,47	0,34	0,54
Ratio moyen de personnel infirmier	0,29	0,22	0,17	0,24
Ratio moyen de personnel de rééducation	0,16	0,17	0,12	0,15

* Entités géographiques des établissements.

** Personnel soignant = infirmiers(ères) + aides soignant(e)s.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors MECS temporaires, hors SSA, tout type d'hospitalisation.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2010, traitement DREES ; DREES, SAE 2010, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Solde entre les taux de fuite et taux d'entrée en SSR selon la région d'hospitalisation, en 2010

	Densités de lits et places *	Solde sur l'ensemble de l'activité**	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national***
Ile-de-France	522	-2,7	0,97
Champagne-Ardenne	315	-13,0	0,71
Picardie	447	-3,5	1,00
Haute-Normandie	439	-3,3	0,86
Centre	411	-1,1	0,90
Basse-Normandie	443	4,2	0,91
Bourgogne	417	-3,9	0,93
Nord - Pas-de-Calais	456	5,5	1,08
Lorraine	437	2,1	1,14
Alsace	477	0,4	1,30
Franche-Comté	428	-9,9	0,91
Pays de la Loire	427	-1,7	0,87
Bretagne	443	0,8	1,10
Poitou-Charentes	353	-1,7	0,87
Aquitaine	462	2,8	1,00
Midi-Pyrénées	472	1,3	1,03
Limousin	378	1,0	1,21
Rhône-Alpes	479	3,0	1,01
Auvergne	425	-8,4	0,83
Languedoc-Roussillon	534	6,7	1,11
Provence-Alpes-Côte d'Azur	607	3,2	1,02
Corse	496	-17,0	0,92
Guadeloupe	497	-7,5	1,39
Martinique	417	-3,6	1,31
Guyanne	338	-65,2	0,46
La Réunion	375	0,0	0,94
Ensemble	470		1,00

* Densité de lits et places pour 100 000 personnes de 50 ans et plus.

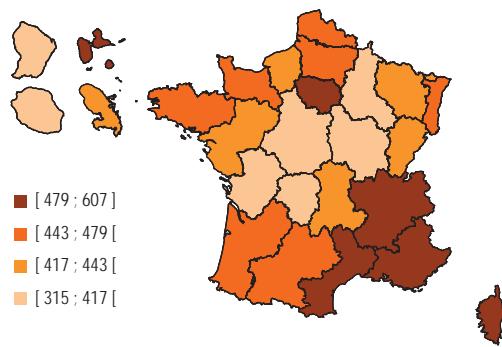
** Le solde est la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.

*** Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors MECS temporaires, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2010, traitement DREES ; DREES, SAE 2010, traitement DREES.

CARTE ● Densité de capacités en SSR en 2010



Lecture • Densités des capacités de la région pour 100 000 personnes de plus de 50 ans de la région.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors MECS à caractère temporaire, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES ; INSEE estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2010.

La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

En 2010, 1,3 million de séjours ont été pris en charge dans les établissements de SSR, réalisant 35 millions de journées d'hospitalisation. La part de l'hospitalisation complète est prépondérante avec 81 % de l'ensemble des séjours et 92 % des journées. En moyenne, les patients sont plus souvent des femmes et sont âgés de 65 ans et plus. Ils sont principalement pris en charge pour des suites d'affections du système ostéo-articulaire, traumatiques ou non. Pour les séjours effectués en totalité au cours de l'année 2010, l'évolution de la dépendance enregistrée entre l'admission et la sortie du séjour est globalement favorable.

Une patientèle plutôt féminine, âgée et des spécificités liées au genre

Les patients admis en SSR sont plus souvent des femmes (56 %), notamment en hospitalisation complète (58 % de femmes contre 45 % en hospitalisation partielle). L'âge médian des patients est nettement plus élevé en hospitalisation complète et varie selon le genre. Alors qu'en hospitalisation complète, la moitié des patients sont âgés respectivement de moins de 78 ans chez les femmes et de moins de 68,5 ans chez les hommes, en hospitalisation partielle, les âges médians diminuent et atteignent 51,5 ans pour les femmes et 50 ans pour les hommes.

Les deux tiers des séjours classés dans les catégories majeures cliniques (CMC) des affections du système ostéo-articulaire, traumatiques ou non, sont réalisés pour les femmes (voir graphique 1). Tandis que ceux classés dans la CMC des affections de l'appareil circulatoire concernent majoritairement des hommes. On retrouve une parité entre les deux genres pour les séjours classés dans les CMC des affections du système nerveux, de l'appareil respiratoire, les troubles mentaux et du comportement et les soins palliatifs.

Le nombre moyen de jours de présence en SSR varie selon l'âge

En dehors des séjours d'une journée en hospitalisation partielle, le nombre moyen de jours de présence suit la même progression avec l'âge dans les deux types d'hospitalisation, passant de 20 et 22 jours (respectivement en hospitalisation complète puis partielle) pour les patients âgés de moins de 18 ans, à 33 jours pour ceux de 85 ans et plus (quel que soit le type d'hospitalisation).

Des patients en majorité autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission en SSR

L'évolution de la dépendance des patients entre l'admission et la sortie est globalement favorable (voir graphique 2) : le nombre de patients autonomes augmente au détriment des patients moyennement dépendants. Les effectifs de patients faiblement dépendants ou fortement dépendants restent stables. On note des évolutions différentes selon le type d'hospitalisation : en hospitalisation partielle pour les séjours de plus d'une journée, les effectifs de patients faiblement dépendants diminuent au profit des patients autonomes et le gain d'autonomie est sensiblement le même pour les hommes que pour les femmes ; en hospitalisation complète, les effectifs de patients moyennement dépendants diminuent au profit des patients autonomes et l'amélioration est légèrement plus favorable aux femmes.

Champ

France métropolitaine et DOM, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, hors service de santé des armées (SSA). Prises en charges en hospitalisation complète et partielle.

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 2010.

• **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.

• **L'appréciation de la morbidité** : les altérations ou problèmes de santé des patients, pour lesquels des soins de suite ou de réadaptation en hospitalisation leur ont été prescrits, ont été appréciés à partir de la manifestation morbide principale (MMP), voire de l'affection étiologique (AE). Ces dernières sont enregistrées lors de la semaine de l'admission des patients en SSR pour les séjours

Quel que soit le type d'hospitalisation, l'évolution favorable de la dépendance est essentiellement liée à l'amélioration de la dépendance physique.

Des soins à l'admission centrés sur la rééducation

Les soins impliquant la rééducation restent le mode principal de prise en charge à l'admission. Ils représentent 80 % des séjours d'hospitalisation partielle et 59 % de ceux d'hospitalisation complète, les autres séjours d'hospitalisation complète relevant soit de soins médicaux (pour troubles mentaux, affections des appareils cardio-vasculaire, digestif métabolique et endocrinien, soins palliatifs), soit des soins de convalescence post-chirurgical ou orthopédique.

Des motifs de prise en charge en SSR variant selon les patients et le type d'hospitalisation

Les maladies à l'origine des prises en charge en SSR sont principalement des maladies du système ostéo-articulaire (20 %), arthrose notamment, des lésions traumatiques (16 %), des affections de l'appareil cardio-vasculaire (13 %). Les troubles mentaux, les symptômes divers et les affections des systèmes digestif, endocrinien et métabolique représentent, ensemble et à part équivalente, un quart des séjours (voir tableau 1).

Les maladies du système nerveux et celles du système ostéo-articulaire sont plus fréquemment prises en charge en hospitalisation partielle (respectivement 35 et 24 %). À l'opposé, 13 % seulement des séjours réalisés pour suite de lésions traumatiques bénéficient de cette nature de prise en charge et les séjours motivés par des tumeurs malignes relèvent quasi exclusivement de l'hospitalisation complète.

La répartition des séjours selon les pathologies varie aussi avec l'âge des patients : sept séjours sur dix des patients de moins de 35 ans sont motivés par des maladies du système nerveux, notamment les paralysies cérébrales (23 %), du système ostéo-articulaire (19 %), des lésions traumatiques (17 %) et des affections métaboliques ou endocrinien, obésité et diabète, (13 %). La moitié des séjours des patients âgés de 35 à 69 ans sont réalisés en raison de maladies du système ostéo-articulaire, arthrose (24 %), d'affections cardio-vasculaires (14 %) et de lésions traumatiques (11 %). Les séjours des patients âgés de plus de 70 ans sont réalisés pour des lésions traumatiques (18 %), des maladies du système ostéo-articulaire (17 %), cardio-vasculaires (15 %) et des symptômes divers (12 %). Ils sont motivés par une démence dans 6 % des séjours.

commencés en 2010 et lors de la 1^{re} semaine de 2010 pour les séjours débutés en 2009.

• **La finalité principale de prise en charge (FPPC)** recouvre ce qui a été fait au patient durant la semaine. La MMP est le problème de santé sur lequel s'exerce le type de soins au patient et qui mobilise l'essentiel de l'effort médical et soignant. L'AE est le problème de santé à l'origine de la MMP.

• **Les catégories majeures cliniques (CMC)** décrivent un cadre large de prise en charge des patients.

• **Le degré de dépendance des patients** 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 ».

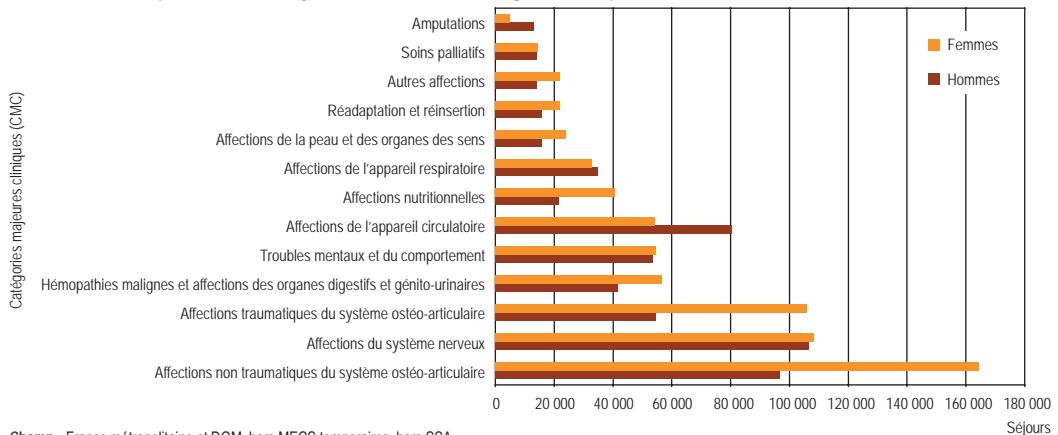
Pour savoir plus

- Coquelet F., Valdelivière H., 2011, « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 23, DREES.

Sources

- Voir la fiche « Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ».

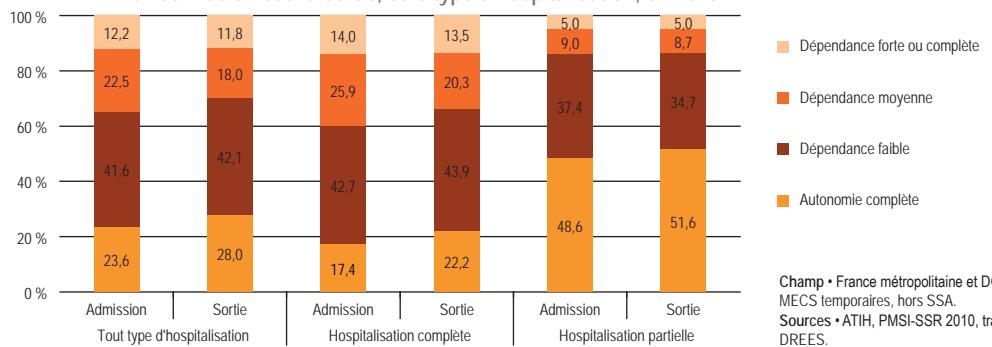
GRAPHIQUE 1 ● Répartition des séjours de SSR selon le genre des patients et la CMC à l'admission en 2010



Champ • France métropolitaine et DOM, hors MECS temporaires, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2010, traitement DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Répartition des séjours selon le degré de dépendance globale des patients enregistré, à l'admission et à la sortie, et le type d'hospitalisation, en 2010



Champ • France métropolitaine et DOM, hors MECS temporaires, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2010, traitement DREES.

TABLEAU ● Répartition des séjours réalisés en SSR, selon la morbidité enregistrée en 2010

	Affections, maladies	Effectif	Part	dont part de l'hospitalisation complète	
Appareil cardio-vasculaire dont					
	Affections cérébro-vasculaires	166 624	13 %	80 %	93 %
	Autres affections de l'appareil cardio-vasculaire	19 166	1 %	78 %	78 %
147 458					
Appareil respiratoire		51 885	4 %	91 %	
Systèmes digestif, métabolique et endocrinien dont		98 884	8 %	84 %	
	Diabète	15 714	1 %	88 %	
	Obésité et autres excès d'apport	40 602	3 %	70 %	
100 204 061					
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes		145 793	11 %	65 %	
Système nerveux dont		110 317	8 %	62 %	
	Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	257 595	20 %	76 %	
Systeme ostéo-articulaire, des muscles et des tissus dont		155 488	12 %	85 %	
	Arthropathies	118 470	9 %	84 %	
173 122 833					
Troubles mentaux et du comportement dont		41 641	3 %	76 %	
	Démence	59 503	5 %	96 %	
122 169 199					
Consommation d'alcool ou de substances psychoactives		19 953	2 %	100 %	
Tumeurs malignes dont		10 725	1 %	99 %	
	Organes digestifs	9 085	1 %	98 %	
171 71 751					
De sièges mal définis, secondaires et non précisés		985	0 %	-	
Organes respiratoires et intrathoraciques		1 308 080	100 %	81 %	

* Autres pathologies : affections des organes génito-urinaires, de la peau, maladies infectieuses et parasitaires, maladies du sang, tumeurs bénignes, etc.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors MECS temporaires, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2010, traitement DREES.

Les parcours de soins hospitaliers

En 2010, près de 12 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour près des trois quarts des patients, l'hospitalisation a été un épisode unique au cours de l'année. Cet épisode unique peut correspondre à un séjour unique ou à deux prises en charge successives en court séjour puis en moyen séjour, pour de la rééducation par exemple. Les patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année ont des pathologies particulières, notamment des affections du sang ou des tumeurs.

Près de 12 millions de patients hospitalisés en France en 2010

En 2010, 11 863 000 patients ont été hospitalisés en France dans l'un des 2 710 établissements de santé, publics comme privés : 838 000 y sont nés, 321 000 y sont décédés. Ce décompte a été réalisé à partir des données d'activité détaillées par séjour et transmises par les établissements dans le cadre du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) pour l'ensemble des prises en charge de court comme de moyen séjour. Le PMSI permet de valoriser l'activité en MCO et HAD, dans une moindre mesure en SSR : ses données anonymisées, comportent des informations permettant, pour chaque patient, de rassembler et d'ordonner les séjours.

Un épisode unique d'hospitalisation au cours de l'année pour trois quarts des patients

Plus de deux tiers des patients (68,6 %) n'ont été hospitalisés qu'une seule fois au cours de l'année et pour un séjour unique. Pour 4,2 % des patients, l'hospitalisation a constitué un épisode de soins unique au cours de l'année mais a compris plusieurs séjours consécutifs. Cet épisode de soins correspond à une prise en charge successive et ininterrompue dans plusieurs établissements ou différentes modalités de prise en charge (par exemple MCO puis SSR, HAD, ...). En revanche, pour un peu plus du quart des patients (3 221 000 soit 27,1 %), une nouvelle hospitalisation, voire davantage, a eu lieu à distance du premier séjour (ou épisode) (voir tableau 1). Les délais entre les épisodes d'hospitalisation se répartissent de la façon suivante : pour 35,1 % des patients il s'establit entre 2 et 7 jours, pour 31,7 % entre 8 et 30 jours, pour 18,7 % entre un et trois mois, pour 9,5 % entre trois et six mois et le délai excède six mois pour 5 %. Les trois grands types de parcours hospitaliers au cours de l'année présentent des caractéristiques différentes. Les séjours uniques relèvent principalement du MCO ou de la psychiatrie. Pour la moitié des patients ayant connu un épisode de soins hospitaliers unique avec plusieurs séjours (250 000), l'épisode a débuté par un séjour en MCO et a été suivi immédiatement par une prise en charge en SSR. Pour 40 % d'entre eux, le profil correspond à deux séjours en MCO dans deux établissements différents. Enfin pour les parcours comportant plusieurs hos-

pitalisations non contigües au cours de l'année, les réadmissions se font en MCO principalement. Ce type de parcours est aussi le plus fréquent pour les patients avec des hospitalisations en psychiatrie.

L'hospitalisation concerne tous les âges de la vie

L'âge moyen des patients est de 46 ans (médiane 48 ans), les patients se répartissant dans les groupes d'âges suivants : 17,6 % ont moins de 18 ans, 28 %, entre 18 et 44 ans, 37,3 % entre 45 et 74 ans et 17,1 % sont âgés de 75 ans ou plus. La proportion de femmes est de 55 % et est plus élevée pour les pathologies liées à la longévité, comme par exemple la cataracte, les fractures du col du fémur. La prise en charge s'est déroulée exclusivement en MCO pour 88,4 % des patients, exclusivement en SSR pour 1,4 %, exclusivement en HAD pour 0,1 %, exclusivement en psychiatrie pour 2 % ; 960 000 patients, soit 8,1 %, ont eu une prise en charge en hospitalisation dans différents champs sanitaires en 2010, et par suite une diversité des intervenants. Les patients ayant eu plusieurs hospitalisations sont en moyenne plus âgés (55,9 ans contre 41,4).

Un début de caractérisation des parcours de soins hospitaliers en fonction de groupes médicaux de prise en charge

Près de 26 millions de séjours et épisodes ont été réalisés en 2010 ; ils ont été répartis dans dix-huit groupes médicaux de prise en charge. Pour les patients ayant plusieurs hospitalisations non contigües, 38,8 % ont eu des prises en charge relevant du même groupe, 42,8 % des prises en charges de deux groupes distincts, 18,4 % des prises en charge relevant de trois groupes et plus (voir tableau 2). Exception faite des traitements itératifs, par nature avec des séjours successifs, les « affections du sang ou tumeurs de siège diffus » (tumeur avec métastases) est le groupe de pathologies ayant la plus forte proportion de patients avec des séjours ou épisodes non uniques (plus de trois quarts) ; à l'opposé, le groupe des « nouveau-nés et affections de la période prénatale » est associé très majoritairement à des hospitalisations uniques (plus de 90 %).

Champ

Activité d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé, publics comme privés, ayant fonctionné en 2010 en France métropolitaine et dans les DOM. L'ensemble des séjours réalisés pour cette année par les établissements pour leur activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO, incluant l'ensemble des nouveau-nés), en soins de suite et de réadaptation (SSR), en hospitalisation à domicile (HAD), en psychiatrie, a été prise en considération.

Méthodologie

Les établissements transmettent une description anonyme détaillée par séjour de leur activité. Chaque séjour est accompagné d'un numéro alphanumérique non signifiant, obtenu par hachage irréversible du numéro d'assurance sociale, de la date de naissance,

du code sexe correspondant au patient pris en charge. Ce numéro permet le dénombrement des patients distincts hospitalisés sur la période considérée. Par ailleurs, une seconde information permet, pour un même patient, de réaliser le positionnement relatif de chaque séjour. Il s'agit du délai en jours entre la date de début du séjour et une date calculée. Cette seconde information, couplée à la durée de séjour, permet de calculer par différence le délai, en jours révolus, entre la fin d'un séjour et le suivant pour un même patient.

Définition

Pour le dénombrement des patients distincts, sont pris en considération tous les numéros alphanumériques pour lesquels les tests de conformité des informations source, n'indiquent pas d'erreur. A signaler, la méthode employée ne permet pas de distinguer des jumeaux de même sexe. Les

séjours hospitaliers débutent le jour de l'admission dans un établissement et se terminent le jour où le patient en sort. Lorsque deux séjours sont contigus, c'est-à-dire lorsque le délai entre le premier séjour et le séjour suivant est nul, cet ensemble est décrit comme un épisode de soins hospitalier. Dans les autres cas (délai non nul) on parle d'hospitalisations distinctes dans l'année. Pour le SSR, l'HAD, la psychiatrie, seuls les séjours ayant effectivement débuté en 2010 ont été pris en considération. Les groupes médicaux de prise en charge ont été constitués à partir du résultat de l'algorithme de groupage « médico-économique » appliquée à la description médicale faite de chaque séjour (MCO) ou semaine (SSR), du code de mode de prise en charge principal (HAD), du diagnostic principal (psychiatrie). Pour les épisodes, les informations du premier séjour sont prises en compte.

Pour en savoir plus

- Aide à l'utilisation des informations de chainage. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, juillet 2011 : <http://www.ath.sante.fr/index.php?id=0009700001FF>

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DGOS et l'ATIH fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé pour chacun des séjours réalisés, en court séjour depuis 1997, en soins de suite et de réadaptation depuis 2003, en hospitalisation à domicile depuis 2005, en psychiatrie depuis 2007. Les données comprennent pour chaque séjour une description normalisée de la prise en charge médicale.

TABLEAU 1 ● Caractéristiques des patients en fonction des parcours de soins hospitaliers au cours de l'année 2010

	Sejour hospitalier unique	% des patients	Episode de soins hospitaliers unique	% des patients	Plusieurs hospitalisations au cours de l'année	% des patients
Nombre de patients	8 143 044		499 314		3 220 565	
Âge moyen	41,4 ± 26,3		62,1 ± 24,9		55,0 ± 23,0	
Hommes/Femmes (%)	44,1 / 55,9		39,2 / 60,8		46,5 / 53,5	
Nombre de naissances	735 243	9,0	13 345	2,7	89 187	2,8
Nombre de décès	112 666	1,4	41 735	8,4	166 140	5,2
Nb. séjours dans l'année 2010, médiane, p75, p90	1 / 1 / 1		2 / 2 / 3		2 / 4 / 8	
Une seule admission en MCO	7 867 559	96,6	288 047	57,7	141 943	4,4
Plusieurs admissions en MCO	-	-	198 300	39,7	2 976 362	92,4
Une seule admission en SSR	105 858	1,3	254 264	50,9	306 592	9,5
Plusieurs admissions en SSR	-	-	28 463	5,7	154 534	4,8
Une seule admission en HAD	7 187	0,1	34 307	6,9	35 124	1,1
Plusieurs admissions en HAD	-	-	3 515	0,7	16 893	0,5
Une seule admission en psychiatrie	162 440	2,0	24 361	4,9	72 778	2,3
Plusieurs admissions en psychiatrie	-	-	14 775	3,0	135 354	4,2

Lecture • Pour les épisodes de soins hospitaliers, un même patient peut avoir un séjour, par exemple, en MCO puis SSR ; en conséquence la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients. Il est le même pour les patients ayant plusieurs hospitalisations au cours de l'année.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI MCO, SSR, HAD, RIM-P 2010, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Groupes médicaux de prise en charge et caractéristiques des parcours de soins hospitaliers

	Nombre de séjours	Hospitalisation unique		Épisode hospitalier unique		Plusieurs hospitalisations		
		Nb patients	Âge*	Nb patients	Âge*	Nb patients	%	Âge*
Affections du système nerveux	1 126 004	397 870	50,6	47 427	68,9	390 619	46,7	59,1
Affections de l'œil	869 751	326 424	66,2	2 262	65,0	317 388	49,1	71,3
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	891 815	658 844	24,1	5 166	42,2	175 204	20,9	39,9
Affections de l'appareil respiratoire	845 097	248 290	49,6	28 668	69,2	341 314	55,2	60,8
Affections de l'appareil circulatoire	1 626 683	499 157	62,4	53 522	71,9	609 998	52,5	67,1
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	2 990 767	1 573 879	51,3	32 282	63,8	827 670	34,0	57,8
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	1 976 475	913 124	48,3	157 092	70,7	546 332	33,8	57,5
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	713 593	363 472	44,4	10 528	67,2	249 591	40,0	57,9
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	497 239	197 867	47,2	9 361	64,0	201 457	49,3	53,6
Affections génito-urinaires	1 421 250	641 791	43,0	17 662	63,0	446 365	40,4	55,3
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du <i>post-partum</i>	1 293 191	822 847	29,4	38 097	29,8	221 498	20,5	29,3
Nouveaux-nés, prématurés et affections de la période périnatale	866 909	746 169	0,0	12 659	0,0	81 225	9,7	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	512 335	60 500	54,8	4 305	68,2	202 324	75,7	61,8
Maladies infectieuses et parasitaires	143 680	47 789	34,7	3 497	59,9	67 548	56,8	49,0
Maladies et troubles mentaux	1 079 968	227 859	45,6	34 109	56,2	308 466	54,1	52,0
Traumatismes, allergies et empoisonnements	511 312	154 803	37,9	21 625	45,9	209 728	54,3	52,8
Autres affections ou prises en charge	1 008 838	228 745	50,4	15 523	68,9	450 868	64,9	58,7
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	7 285 283	11 909	56,4	4 267	57,5	402 591	96,1	60,8
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chainage en erreur	69 823	21 705	34,4	1 262	44,9	25 758	26,6	45,0

* Âge moyen des patients.

Lecture • Pour les patients ayant plusieurs hospitalisations, le groupe médical de prise en charge peut changer d'une hospitalisation à la suivante ; en conséquence, la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI MCO, SSR, HAD, RIM-P 2010, traitement DREES.

6

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

- La lutte contre les infections nosocomiales
- La naissance : les maternités
- La naissance : caractéristiques des accouchements
- Le recours à la césarienne
- La médecine d'urgence
- Les interruptions volontaires de grossesse
- Les dépenses de médicaments dans les établissements de santé

La lutte contre les infections nosocomiales

En 2010, les résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (IN) sont rendus publics pour 2 763 établissements de santé de France métropolitaine et des DOM dont l'île de Mayotte. Le plus haut niveau de performance est atteint par 93 % des établissements en matière de prévention des IN, par 72 % pour la consommation de produits hydro-alcooliques et par 87 % en matière de bon usage des antibiotiques. Une surveillance épidémiologique des patients opérés est réalisée par 99 % 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 élaborer un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, dont l'un des volets est consacré à la lutte contre les IN, et remplir annuellement un bilan standardisé des activités de lutte contre ces infections.

Depuis 2006, des indicateurs sont élaborés à partir de ces bilans et publiés annuellement par le ministère en charge de la santé. En 2010, le tableau de bord des infections nosocomiales comprend cinq indicateurs : l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA), l'indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire pour les établissements chirurgicaux (SURVISO), l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), et le taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) (voir définitions). Un score agrégé synthétise quatre des cinq indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales à l'exclusion du SARM, et permet une lecture globale de la performance des établissements. Les résultats de tous les indicateurs sont comparés par catégorie d'établissements et présentés par classe de performance, allant de A à F, soit de la plus performante à la moins performante. Les établissements ne répondant pas au bilan sont classés F. Par ailleurs, les établissements ayant une activité chirurgicale ou obstétricale et ne surveillant pas les infections nosocomiales chez les patients opérés (SURVISO) sont exclus d'affichage du score agrégé.

Enfin, un indice triennal de SARM est désormais assorti d'une classe de performance calculée par catégorie d'établissements comme pour les autres indicateurs afin de permettre une meilleure interprétation des résultats. Une évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2005 et 2010 est également calculée reflétant les efforts réalisés par les établissements dans la maîtrise de cette bactérie résistante aux antibiotiques.

Champ

Établissements de santé publics et privés en France métropolitaine et dans les DOM dont l'île de Mayotte.

Définitions

- **ICALIN** : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales. 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 conduites.

- **ICSHA** : indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains. Il est un marqueur indirect de la mise en œuvre de l'hygiène des mains.

- **SURVISO** : indicateur de réalisation d'une surveillance des infections

du site opératoire pour les établissements chirurgicaux. 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** : l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques. Il objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions conduites.

- **Score agrégé** : il réunit en un score les quatre indicateurs ICALIN, ICSHA, ICATB et SURVISO et mesure d'une façon plus globale le niveau des activités développées dans les établissements de santé pour lutter contre les infections nosocomiales.

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

Sur l'ensemble des 2 763 établissements, 93 % ont atteint le plus haut niveau de performance en matière de prévention des IN en 2010 - ICALIN A et B - (voir tableau). Les objectifs personnalisés de consommation de produits hydro-alcooliques - ICSHAA et B - ont été atteints par 72 % des établissements, alors que les exigences en matière de nombre de frictions par jour et par patient en solutions hydro-alcooliques sont plus élevées. Ceci traduit l'appropriation de cette technique d'hygiène des mains par les établissements de santé. L'utilisation des solutions hydro-alcooliques améliore en effet l'observance de l'hygiène des mains, mesure indispensable à la maîtrise de la transmission des infections nosocomiales. Dès la première année de publication de l'indicateur ICATB, les établissements étaient déjà très fortement investis dans le bon usage des antibiotiques. De 2006 à 2010 le pourcentage d'établissements ICATB A et B a fortement progressé : de 32 % à 87 %.

L'amélioration de l'indice ICALIN en sept ans témoigne également de l'investissement croissant des établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales (voir graphique). En matière de surveillance des infections associées à une intervention chirurgicale ou obstétricale (indicateur SURVISO) les progrès réalisés depuis six ans sont notables. Alors qu'en 2005, 60 % des établissements réalisaient une enquête épidémiologique de suivi, ils sont 99 % en 2010. Au total, le score agrégé qui permet de réunir en un seul score ces quatre indicateurs, progresse considérablement passant de 24 % à 90 % entre 2006 et 2010 – score agrégé A et B. Cette progression est notamment liée à la forte progression d'ICSHA.

Le nombre d'établissements dont le taux triennal de SARM est dans la meilleure classe de performance augmente légèrement entre 2009 et 2010 de 35 % à 38,3 %. Une baisse significative des taux annuels de SARM entre 2005 et 2010 est constatée.

- **Taux triennal de SARM** : le taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) est calculé sur trois ans. Il correspond au nombre de SARM déclarés en (N) + (N-1) + (N-2) rapportés à 1 000 journées d'hospitalisation sur la même période. L'année suivante, l'indice glisse d'une année. Il correspond à la pression de sélection globale dans l'établissement (présence plus ou moins importante de patients porteurs de SARM).

L'évolution de tendance des taux annuels du SARM met l'accent sur les efforts consentis par l'établissement pour diminuer cette résistance.

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 (tous les établissements de santé) : <http://www.icalin.sante.gouv.fr/>

- Site de publication des indicateurs de qualité (établissements de santé MCO et SSR) : Platines (Plateforme d'informations sur les établissements de santé) : <http://www.platines.sante.gouv.fr/>

Sources

Tableau de bord des infections nosocomiales – rapport national établi par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapporthebational2010_2011def.pdf

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

Catégories d'établissements (éts.)	Score agrégé 2010	ICALIN 2010	ICATB 2010		ICSHA 2010		Nombre d'ets. concernés
	% A + B ¹	% A + B ¹	% A + B ¹	Nombre d'ets. non concernés ²	% A + B ¹	Nombre d'ets. non concernés ²	
Centres hospitaliers régionaux/universitaires (CHR/CHU)	100,0 %	97,2 %	81,7 %	0	97,2 %	0	71
Centres hospitaliers généraux (CH)	95,8 %	96,3 %	88,3 %	0	84,9 %	0	542
Établissements de lutte contre les maladies mentales	77,5 %	88,6 %	81,7 %	0	53,6 %	9	289
Hôpitaux locaux	97,1 %	96,8 %	89,1 %	0	70,6 %	0	313
Établissements privés MCO	96,6 %	97,5 %	90,4 %	0	86,7 %	0	557
Établissements de soins de suite et de réadaptation	83,4 %	90,3 %	85,1 %	0	52,8 %	36	710
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	100,0 %	100,0 %	100,0 %	0	95,0 %	0	20
Autres ³	79,7 %	79,7 %		261	80,6 %	60	261
Total	89,6 %	92,7 %	87,1%	261	72,2%	105	2 763

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.

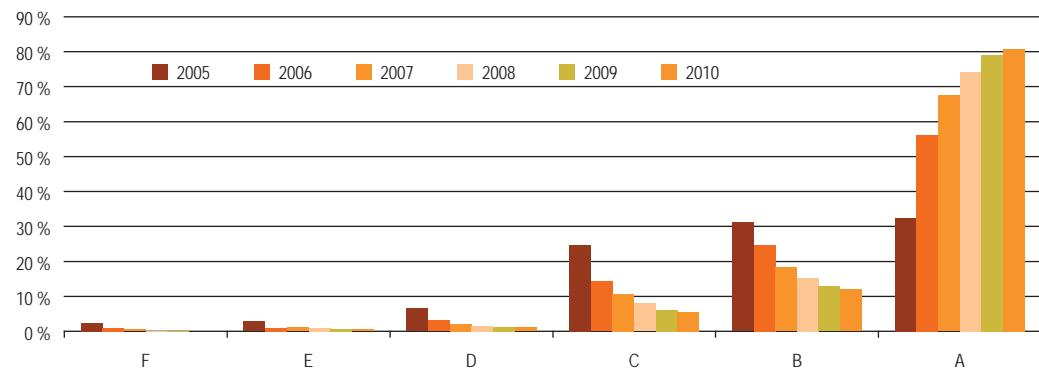
2. Certains établissements peuvent ne pas être concernés par l'indicateur du fait de leur activité.

3. Établissements de type maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, centres d'hémodialyse, etc.

Champ • France métropolitaine et DOM y compris l'Ile de Mayotte.

Sources • Tableau de bord des infections nosocomiales – rapport national 2010 établi par la DGOS.

GRAPHIQUE ● Évolution d'ICALIN entre 2005 et 2010



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 y compris l'Ile de Mayotte.

Sources • Tableau de bord des infections nosocomiales – rapport national 2010 établi par la DGOS.

La naissance : les maternités

Depuis les années 1970, diverses mesures prises par les pouvoirs publics ont construit un nouveau cadre juridique (décrets, plans Périnatalité) pour encadrer la pratique des accouchements et réduire les risques pour l'enfant et la mère. Ceci s'est traduit par un long processus de restructuration et de concentration des maternités, dont le nombre a diminué en même temps que la taille augmentait.

Un nouveau cadre juridique en deux étapes...

La première étape débute avec la parution en 1972 du décret Dienech, applicable aux cliniques privées d'accouchement qui impose des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique ; quinze lits minimum étaient notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. Dans le secteur public, des normes identiques à celles du décret Dienech ont été mises en œuvre la même année. La seconde étape est amorcée avec la parution des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 qui définissent réglementairement trois types différents de maternités, pour pouvoir prendre en charge les grossesses en fonction du niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter, grâce à un suivi prénatal précoce, les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de leur risque. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007.

... qui s'est traduit par un mouvement régulier de concentration et de spécialisation des maternités

Dans le secteur privé, la parution en 1972 du décret Dienech a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Dans le secteur public ce sont les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes qui ont été touchées. Avec l'application des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, la diminution du nombre de maternités s'est poursuivie entre 1996 et 2010, au profit des maternités de types 2 et 3. Le nombre de maternités est ainsi passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 535 en 2010 en France métropolitaine, hors service de santé des armées (SSA). Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux depuis trente ans alors même que la natalité en France métropolitaine est restée dynamique sur toute la période, avec 710 000 à 800 000 naissances par an (voir graphique 1). Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté durant cette période : il est passé de 22 accouchements par lit en moyenne en 1975 à 47 fin 2010 avec une réduction conjointe de la durée moyenne de séjour, de huit jours en 1975 à moins de cinq jours en 2010.

Champ

Maternités de France métropolitaine et DOM y compris services de santé des armées (SSA), hors centres périnatals de proximité, sauf indications contraires

Définitions

- **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique.
 - **Type de maternité** : les décrets Périmatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Trois types de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit de « type 1 » s'il possède un service d'obstétrique, un établissement est dit de « type 2 » s'il a un service de - **Naissances** : En 1971, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini un critère de viabilité qui complabilise les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée, ou les enfants – ou fœtus – d'au moins 500 grammes. En 2008, un changement législatif est intervenu : le décret n° 2008-800 du 20 août 2008 a redéfini la notion d'enfant sans vie. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouplement. Le nouveau dispositif n'est donc plus fondé sur le seuil de viabilité défini par l'OMS. Cependant, ce seuil conserve son caractère

Une part croissante d'accouchements dans les maternités de types 2 et 3

En 2010, on comptabilise 559 maternités en France métropolitaine et dans les DOM, y compris SSA : 272 maternités de type 1, 221 maternités dites de type 2 et 66 maternités de type 3 (voir définitions). Elles totalisent 17 700 lits d'obstétriques et ont réalisé environ 825 000 accouchements pour un nombre de naissances vivantes en maternité qui s'élève à 830 000. Les maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (type 2 ou 3), qui représentent la moitié des 559 maternités, sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées à but non lucratif en 2010 (79 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent les deux tiers des lits et 72 % des accouchements. La proportion d'accouchements réalisés dans les 272 maternités métropolitaines de type 2 ou 3 s'élève à 71 % en 2010, elle était de 43 % en 1996 (tableau). Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2010 contre la moitié en 2002.

En 2010, près de quatre maternités de France métropolitaine sur dix réalisent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (voir graphique 2). À l'opposé, seulement 3 % des maternités prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année ; cette proportion était de 12 % en 1996. La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi en 2010, une maternité de type 1 effectue en moyenne 887 accouchements par an, une maternité de type 2, 1 795, et une maternité de type 3 en réalise 3 025 pour la France métropolitaine.

Pas d'effet négatif sur l'accessibilité

Dans la dernière décennie, ces mouvements ne se sont pas accompagnés d'une dégradation significative de l'accessibilité. En 2010, le temps de transport pour venir accoucher est inférieur à 15 minutes du lieu de résidence pour 44 % des accouchements, inférieur à 30 minutes pour 77 %.

Dans les maternités, les sages-femmes prennent en charge 80 % des accouchements par voie basse, 92 % en hôpital public, et 55 % en établissement privé (source Enquête périnatale 2010).

indispensable pour l'élaboration des statistiques sanitaires.

- Pour en savoir plus**

 - Baillot A., Evin F., 2012 « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », *Etudes et Résultats*, n° 814, DREES, octobre.
 - Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Etudes et Résultats*, n° 776, DREES, octobre.
 - Vilain A., 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Etudes et Résultats*, n° 775, DREES, octobre.
 - Arnault S., Exerzier 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 dispenses régionales », *Etudes et Résultats*, n° 225, DREES, mars.
 - Baubéau D., Morais S., Ruffié A., 1999, « Les maternités de 1975 à 1996 – un processus de restructuration sur longue période », *Etudes et Résultats*, n° 21, DREES, juillet.
 - Ruffié A., Deville A., Baubéau D., 1998, « État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France », *J Gynécol Obstet Bio Reprod*, n° 27, suppl. n° 2.

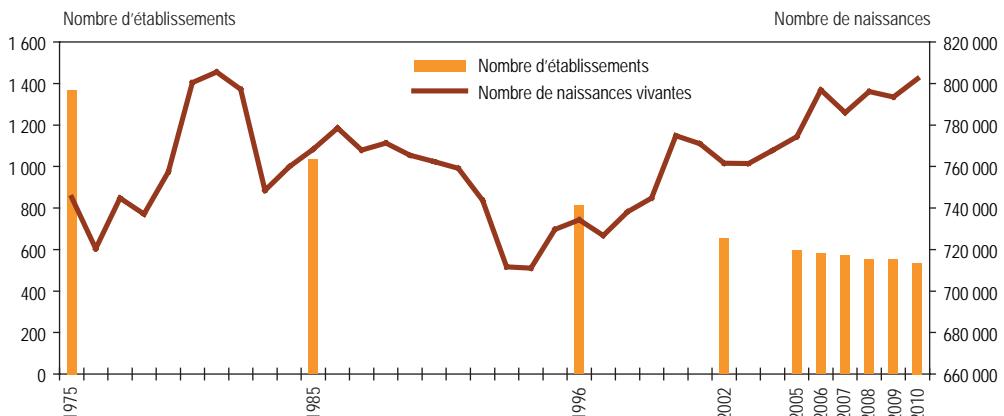
Sources

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

Reproduced

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

GRAPHIQUE 1 ● Évolution du nombre des naissances vivantes et des maternités de 1975 à 2010



Champ • France métropolitaine hors SSA.

Sources • INSEE, état civil ; DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2010, traitement DREES.

TABLEAU ● Répartition des accouchements selon le type de la maternité d'accueil en 1996, 2004 et 2010

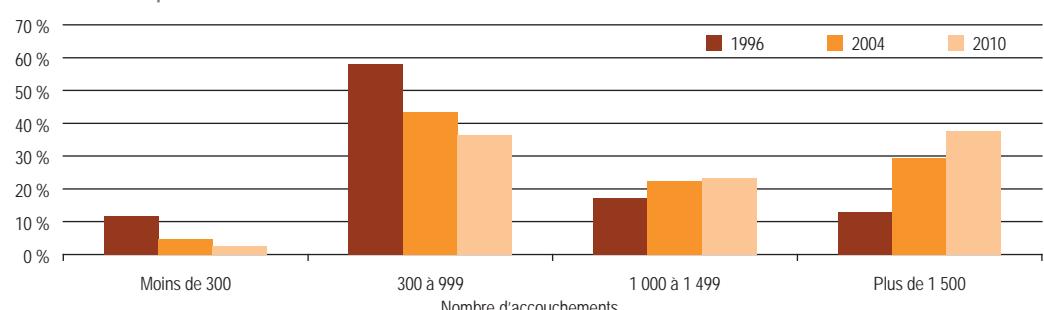
	Année	Niveau de spécialisation			Total
		Type 1	Type 2	Type 3	
Nombre d'établissements	1996	564		250	814
	2004	342	208	60	
	2010	263	212	60	
Nombre d'accouchements	1996	409 894		315 443	725 337
	2004	282 653	325 674	152 461	
	2010	233 172	380 451	181 492	
Part d'accouchements	1996	57 %		43 %	100 %
	2004	37 %	43 %	20 %	
	2010	29 %	48 %	23 %	

Note • En 1996, les définitions de type de maternité existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié A., *et al.*, 1998).

Champ • France métropolitaine hors SSA.

Sources • DREES, SAE 1996, 2004 et 2010, traitement DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2004 et 2010



Champ • France métropolitaine hors SSA.

Sources • DREES, SAE 1996, 2004 et 2010, traitement DREES.

La naissance : caractéristiques des accouchements

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge autour de la naissance évoluent avec notamment le développement de la péridurale et l'amélioration de l'adéquation entre l'équipement des maternités et le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés. Le taux de césariennes, en augmentation constante jusqu'en 2007, s'est depuis stabilisé autour de 20 %.

Une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés présentant des risques

Bien qu'elles ne représentent que la moitié des maternités, celles de types 2 et 3 (voir définitions) prennent en charge sept accouchements sur dix. Elles reçoivent par ailleurs la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la SAE et du PMSI-MCO en 2010, près de 85 % des naissances multiples, des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et des naissances prématurées ont en effet lieu dans une maternité de type 2 ou 3 (voir graphique). Lorsque le travail ne se présente pas dans de bonnes conditions et que les mères se trouvent dans une maternité de type 1 ne disposant pas d'un environnement adapté, certaines patientes peuvent être orientées vers des structures de type supérieur (type 2 ou 3). Ainsi, en 2010, 3 200 femmes suivies dans une maternité de type 1 ont été transférées dans une maternité de type 2 ou 3, et 3 100 ont été transférées d'une maternité de type 2 vers une maternité de type 3.

Davantage de péridurales

Pour les accouchements par voie basse, le taux de péridurales est en augmentation passant de 66 % en 2000 à 75 % en 2010 (voir tableau 1). Par ailleurs, plus le type de la maternité est élevé, plus ce taux est important. En effet, les maternités de types 2 et 3 sont celles qui accueillent les accouchements les plus complexes et donc potentiellement les plus à risque pour la mère et l'enfant. De plus, en raison de moyens en personnel plus réduits, la probabilité d'avoir un anesthésiste-réanimateur disponible en cas d'accouchement non programmé est plus faible dans les maternités de type 1.

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DOM, hors centres périnataux de proximité) y compris service de santé des armées (SSA).

Définitions

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

• **Type de maternité** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 ontposé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Trois types de maternité sont ainsi définis : un établissement est dit de « type 1 » si il possède un service d'obstétrique, un établissement est dit de « type 2 » si il a un service de néonatalogie sur

le même site que le service d'obstétrique, il est dit de « type 3 » s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie.

• **Accouchements** : en cas de naissance multiple, on ne comptabilise qu'un seul accouchement.

• **Rachianesthésie et analgésie péridurale** : la rachianesthésie est une ponction lombaire avec administration d'un anesthésique local dans le liquide céphalo-rachidien. L'analgésie péridurale est une anesthésie loco-régionale qui consiste à injecter le mélange anesthésiant à proximité de la moelle épinière (dans l'espace péridural).

Pour en savoir plus

• Vilain A., 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Etudes et Résultats*, n° 383, DREES, février.

Un taux de césariennes qui se stabilise à un niveau élevé

Entre 2000 et 2007, le taux de césariennes a augmenté de manière régulière. Il est passé de 17,4 % en 2000 à 19,6 % en 2005, puis à 20,2 % en 2007. Après une période de stabilisation en 2008 et 2009, il semble repartir légèrement à la hausse en 2010 (20,4 %). Les maternités de type 2 ou 3 ont un taux de césariennes comparable à celui des établissements de type 1 ; ce qui signifie qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de type élevé pratiquent moins fréquemment les césariennes. Les maternités ayant répondu à la question sur la prise en charge de la douleur déclarent que près de neuf femmes sur dix accouchant par césarienne ont recours à la rachianesthésie en 2010, un taux stable par rapport à 2005. À l'inverse, les anesthésies générales, qui concernaient les autres patientes, ne sont quasiment plus pratiquées.

Des séjours plus courts

En 2010, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est de 5 jours, soit une baisse d'une demi-journée par rapport à 2001 (voir tableau 2). Cette diminution a concerné aussi bien le secteur public que le secteur privé, et il n'y a au final pas de différence marquante de durée moyenne de séjour selon le statut de l'établissement. Le mode d'accouchement influe par contre grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne est en 2010 de 7 jours contre seulement 4,5 jours pour un séjour pour un accouchement par voie basse. Pour ces deux modes d'accouchements, les durées moyennes de séjour sont en baisse depuis 2001.

résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Etudes Résultats*, n° 775, DREES, octobre.

• Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Etudes et Résultats*, n° 776, DREES, octobre.

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

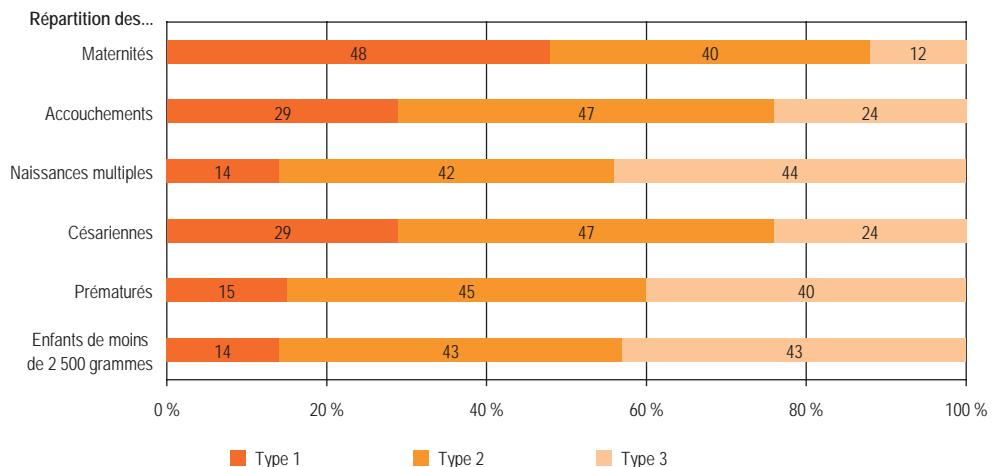
• Vilain A., Peretti de C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 – Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », Synthèse effectuée à partir de l'analyse et du rapport réalisés par Blondel B., Supernant K., Mazaubrun du C., Bréart G. (IN-SERM U 149), *Etudes et Résultats*, n° 383, DREES, février.

• Bauveau D., Buisson G., 2003, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », *Etudes et Résultats*, n° 275, DREES, décembre.

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DGOS et l'ATIH fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

GRAPHIQUE ● Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2010 (en %)



Champ • Ensemble des naissances en France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010 ; ATIH, PMSI-MCO 2010, traitement DREES.

TABLEAU 1 ● Évolution des taux de césariennes et de péridurales ou rachianesthésies par type de maternité (en %)

	Type de maternité	2000	2005	2010
Ensemble des accouchements				
Taux de césariennes	Type 1	17,2	19,7	20,4
	Type 2	16,8	19,0	20,1
	Type 3	19,0	20,8	21,0
	Ensemble	17,4	19,6	20,4
Accouchements sans césarienne				
Taux de péridurales	Type 1	66,2	67,7	72,7
	Type 2	63,6	72,3	74,8
	Type 3	68,8	72,1	77,8
	Ensemble	65,7	70,7	74,9
Accouchements avec césarienne				
Taux de rachianesthésies	Type 1	80,0	87,9	91,2
	Type 2	84,1	86,2	89,8
	Type 3	75,4	83,9	75,4
	Ensemble	80,6	86,3	86,5

Note • Pour les taux de péridurales et de rachianesthésies, ne sont recensées que les maternités ayant renseigné les variables relatives au recours à la périndurale.

Champ • Accouchements en France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2000, 2005 et 2010, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Évolution de la durée des séjours pour accouchement selon le statut de l'établissement et le mode d'accouchement (en jours)

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2001	2010	2001	2010	2001	2010	2001	2010
Accouchements par voie basse	5,0	4,5	5,1	4,5	5,1	4,4	5,0	4,5
Accouchements par césarienne	8,6	7,3	8,2	6,6	7,9	6,5	8,3	7,0
Ensemble des accouchements	5,6	5,1	5,7	4,9	5,6	4,9	5,6	5,0

Champ • Accouchements en France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2001 et 2010, traitement DREES.

Le recours à la césarienne

Le recours à la césarienne est principalement expliqué par des facteurs de risque médicaux. Ceux-ci augmentent avec l'âge. Les caractéristiques des hôpitaux semblent, quant à elles, peu discriminantes comparativement aux risques médicaux même si le nombre de césariennes programmées pratiquées dans les cliniques privées est plus élevé que dans les autres établissements.

Un taux de césariennes hétérogène d'un établissement à l'autre

Le taux de césariennes en France apparaît relativement élevé au regard notamment du seuil considéré comme raisonnable établi par l'OMS à 15 %. La grande majorité des maternités de France (90 %) ont en effet un taux supérieur à ce seuil. Le taux de césariennes est également en constante augmentation (cf. fiche *La naissance : caractéristiques des accouchements*) : de 6 % en 1972, il a progressé continûment pour atteindre 14 % au début des années 1990 et 20,2 % en 2009. Les taux de césariennes sont assez hétérogènes d'un établissement à l'autre, avec un rapport de 1 à 4 (de 10 % à plus de 40 %). Si l'on regarde la variabilité entre établissements, la catégorie de l'établissement semble plus importante pour expliquer les différences de recours aux césariennes que le type de maternité. Dans l'ensemble, les maternités de types 2 ou 3 ont en effet des taux de césariennes comparables à ceux des maternités de type 1. En revanche, les établissements privés à but lucratif ont un taux de césariennes supérieur de deux points à celui des établissements publics alors qu'ils sont très majoritairement de type 1 et qu'aucun n'est de type 3 (tableau 1).

Un taux de césariennes fonction des risques médicaux encourus par la mère et l'enfant

La pratique de la césarienne augmente avec l'avancée en âge des femmes et en présence de risques médicaux. Ceux-ci sont appréhendés par la présence de certains diagnostics en rapport, à dire d'experts, avec la pratique de la césarienne (par exemple l'antécédent de césarienne ou la présentation anormale du fœtus). Ainsi le taux de césariennes est de moins de 3 % pour les femmes sans risque alors qu'il est de 27 % pour les femmes avec un facteur de risque et de 45 % pour les femmes avec deux facteurs de risque (tableau 2). Au sein de la population à risque, le taux de césariennes peut être jusqu'à deux fois plus élevé pour les femmes de plus de 40 ans.

Certains diagnostics à risque spécifique sont associés à une pratique beaucoup plus importante de césarienne, en particulier les diagnostics d'antécédent de césarienne, de présentation anormale du fœtus avant l'accouchement et de dystocie pelvienne (graphique). Les mères ayant ces diagnostics ont des taux de césariennes allant de 70 % à 90 %. Les taux de

Champ

Maternités de France métropolitaine, hors centres périnataux de proximité, hors service de santé des armées (SSA).

Définitions

- **Type de maternité :** cf. fiche « *La naissance : caractéristiques des accouchements* ».

- **Risques médicaux :** les risques médicaux sont appréhendés par la présence de certains diagnostics. Le choix des diagnostics à retenir s'est fait en deux temps. Tout d'abord ont été sélectionnés les diagnostics en rapport, à dire d'experts, avec la

pratique de la césarienne. On peut citer par exemple l'antécédent de césarienne ou la présentation anormale du fœtus. Ensuite, d'autres diagnostics ont été inclus via une approche plus statistique : ont ainsi été regardés tous les diagnostics touchant plus de 1 % de l'ensemble des femmes césarisées. N'ont été retenus que ceux liés à l'accouchement. Un risque correspond à la présence d'un des diagnostics dans la liste ainsi définie, deux risques à la présence de deux diagnostics, etc.

- **Dystocie :** difficulté gênant ou empêchant déroulement normal de l'accouchement. L'origine d'une dystocie peut être fœtale ou maternelle.

césariennes par diagnostic varient également selon la catégorie d'établissement. Les antécédents de césarienne, qui touchent 8,7 % des femmes, sont associés à un taux de césarienne de 67,1 % dans le secteur public contre 79,3 % dans le secteur privé à but lucratif. On observe également un écart public/privé important pour les accouchements avec anomalie du travail (taux de césariennes de 34,3 % dans le public contre 48,3 % dans le privé à but lucratif). Pour 10 diagnostics sur 15 on observe des taux de césariennes plus élevés dans le privé à but lucratif que dans le public. Les établissements semblent donc réagir différemment face aux risques encourus par la patiente ou l'enfant.

Un peu plus de césariennes programmées dans le secteur privé lucratif

On peut distinguer trois types de césarienne : les césariennes dites programmées (36,7 % des césariennes pratiquées en 2009), les césariennes dites pendant le travail (46 %) et les césariennes dites en urgence avant le travail (17,3 %). La différence de taux de césariennes entre les établissements publics et les établissements privés à but lucratif s'explique par le taux plus élevé de césariennes programmées pratiquées dans ces derniers (tableau 3). Le taux de césariennes pendant le travail est en revanche équivalent entre établissements.

Plusieurs facteurs influencent donc le recours à la césarienne. Pour mettre en évidence les effets propres de chaque variable, le recours à la césarienne a été modélisé via une régression logistique comprenant les caractéristiques de la mère (âge, diagnostics...) ainsi que celles de la maternité (niveau d'autorisation, statut juridique, nombre de lits...). La situation de référence est une femme âgée de 25 à 29 ans, sans risque, accouchant dans une maternité de taille moyenne, de type 2 du secteur public. Dans la situation de référence, cette parturiente a 4 % de risque d'être césarisée. Pour une femme accouchant dans un établissement privé lucratif, cette probabilité s'élève à 5 %, toutes choses égales par ailleurs (risque relatif de 1,3). Une femme ayant une dystocie pelvienne connue ou supposée avant l'accouchement a une probabilité de 78,4 % d'être césarisée (risque relatif de 19,8 par rapport à la situation de référence).

Pour en savoir plus

- Bauboeuf D., Buisson G., 2003, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », *Études et Résultats*, n° 275, DREES, décembre.
- HAS, 2012, Indications de la césarienne programmée à terme http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme

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

TABLEAU 1 ● Taux de césariennes par type de maternité et catégorie d'établissement

Type de maternité	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Type 1	18,2 %	19,4 %	21,9 %	20,1 %
Type 2	18,9 %	20,3 %	21,7 %	19,8 %
Type 3	21,3 %	20,7 %	Sans objet	21,3 %
Ensemble	19,6 %	19,9 %	21,8 %	20,2 %

Champ • France métropolitaine hors centres périnatals de proximité, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, DREES, SAE 2009, traitement DREES.

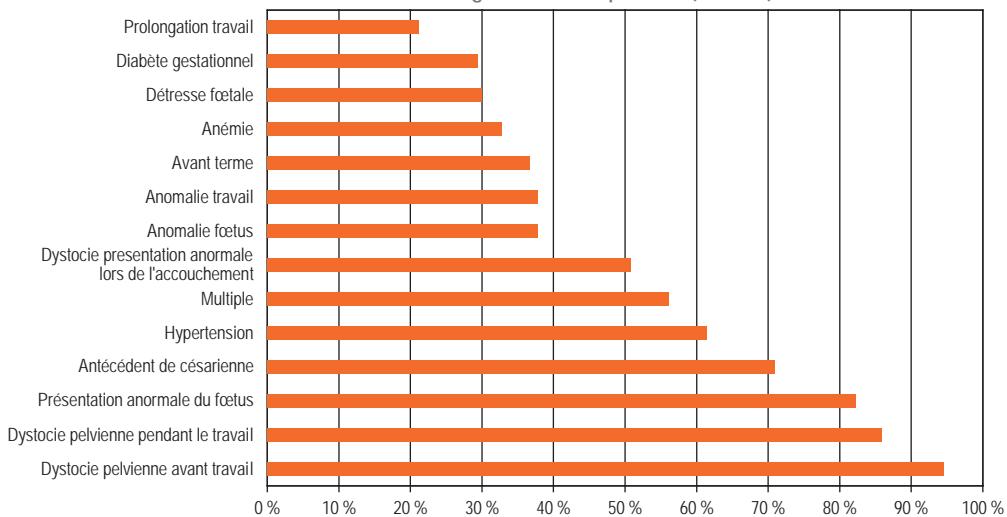
TABLEAU 2 ● Taux de césariennes pratiquée selon l'âge de la parturiente et les risques associés

	Aucun risque	Un risque	Deux risques ou plus	Ensemble
Moins de 19 ans	2,0 %	20,0 %	35,4 %	14,5 %
De 20 à 24 ans	2,2 %	22,5 %	40,0 %	16,7 %
De 24 à 29 ans	2,3 %	24,8 %	42,1 %	18,1 %
de 30 à 34 ans	2,6 %	28,1 %	46,4 %	20,6 %
De 35 à 39 ans	3,5 %	33,6 %	51,5 %	25,6 %
40 ans et plus	6,6 %	39,8 %	55,8 %	32,5 %
Ensemble	2,7 %	27,3 %	45,2 %	20,2 %
Répartition des parturientes selon les risques	44,9 %	32,8 %	22,3 %	100,0 %

Champ • France métropolitaine hors centres périnatals de proximité, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, DREES, SAE 2009, traitement DREES.

GRAPHIQUE ● Taux de césariennes en fonction des diagnostics de la patiente (en 2009)



Note • Les taux de césariennes sont calculés à chaque fois sur la population des parturientes présentant (au moins) ce diagnostic. Elles peuvent avoir simultanément plusieurs diagnostics parmi la liste.

Champ • France métropolitaine hors centres périnatals de proximité, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, DREES, SAE 2009, traitement DREES.

TABLEAU 3 ● Taux des différentes césariennes par type d'établissement

Césarienne	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Programmée	6,6 %	7,5 %	9,4 %	7,4 %
Pendant le travail	9,1 %	9,9 %	9,6 %	9,3 %
En urgence avant le travail	4,0 %	2,5 %	2,7 %	3,5 %
Total	19,6 %	19,9 %	21,8 %	20,2 %

Champ • France métropolitaine hors centres périnatals de proximité, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, DREES, SAE 2009, traitement DREES.

La médecine d'urgence

En 2010, en France métropolitaine et dans les DOM, les 670 structures des urgences ont accueilli 17,5 millions de passages, soit une stabilisation par rapport à 2009. Aux côtés des structures des urgences, 106 SAMU et 426 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge pré-hospitalière et le transport des malades. Le secteur public prend en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence.

Depuis les décrets de mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence, la nouvelle pratique de cette activité est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est réalisée par les services d'aide médicale urgente (SAMU). Les patients sont ensuite, si leur état le nécessite, pris en charge à domicile (ou sur la voie publique, le lieu de travail...) par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), qui peut être une structure permanente ou saisonnière. Enfin, les patients pris en charge par le SMUR sont transportés vers la structure des urgences la plus proche et disposant du plateau technique le plus adapté à l'état du malade. Les structures d'urgence accueillent les patients se présentant directement, de leur propre initiative ou sur avis médical.

L'organisation de la médecine d'urgence

La médecine d'urgence se compose donc de trois types de services : les structures des urgences, les SMUR et les SAMU. Un SMUR ne peut être autorisé à fonctionner que s'il est rattaché à une structure des urgences. En 2010, en France métropolitaine et dans les DOM, y compris le service de santé des armées (SSA), 670 structures sont autorisées pour l'accueil des urgences ; on comptabilise également 426 SMUR et 106 SAMU (voir tableau 1). La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public : 75 % des structures des urgences relèvent en effet de ce secteur tandis que 19 % d'entre elles relèvent du secteur privé à but lucratif et seulement 6 % du secteur privé à but non lucratif. La quasi-totalité des SMUR (98 %) sont implantés dans des établissements publics et les SAMU sont exclusivement publics.

Des services spécialisés en pédiatrie ou bien des filières d'accueil spécifiques le cas échéant

Les autorisations des SMUR et des structures des urgences peuvent être générales ou pédiatriques. Dans les faits, elles sont majoritairement générales. En effet, seulement 17 % des structures des urgences et 8 % des SMUR sont autorisés en pédiatrie. Lorsqu'une structure des urgences n'est pas pédiatrique, elle peut en revanche prendre en charge les enfants dans une filière de soins dédiée, en collaboration avec une structure de pédiatrie. Parmi les structures de soins exclusivement générales (au nombre de 555), 16 % ont déclaré avoir mis en place ce type de filière. Par ailleurs, si une structure des urgences sur quatre relève du secteur privé, c'est le cas de seulement 5 % de celles autorisées en pédiatrie.

Structure des urgences : une stabilisation du nombre annuel de passages

En 2010, les 670 structures des urgences de la France métropolitaine et des DOM ont pris en charge 17,5 millions de passages, ce qui correspond à une stabilisation par rapport aux flux observés en 2009, (voir tableau 2). Cette stabilisation concerne les urgences générales, tandis que le nombre total de passages

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, DREES, septembre.
- Baubéau D., Carrasco V., 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, n° 215, DREES, janvier.
- Baubéau D., Carrasco V., 2003, « Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, n° 212, DREES, janvier.

Définitions

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

aux urgences pédiatriques, dans les structures pédiatriques et les structures générales et pédiatriques, a subi une diminution de 5 %. Cette diminution est en grande partie due au niveau particulièrement élevé des passages aux urgences pédiatriques observé en 2009 du fait de l'épidémie de gastro-entérite en début d'année et de la grippe H1N1.

Sur une plus longue période, le nombre annuel de passages semble marqué par un léger ralentissement après plusieurs années de hausse relativement soutenue. En 1996, le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine, et a connu une augmentation de 4 % en moyenne chaque année (voir graphique). La part des passages aux urgences du secteur privé (pris dans sa globalité) s'établit à 17 % en 2010. La permanence des soins, y compris hospitalière, est devenue, depuis la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », une mission de service public que les cliniques privées peuvent désormais mettre en œuvre.

Des structures majoritairement de petite taille...

Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 26 000 patients par an. Elles ont en revanche des tailles variables : les structures des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille que celles des établissements publics et enregistrent en moyenne 17 000 passages annuels, contre 29 000 dans le secteur public. Par ailleurs, le nombre moyen de passages par établissement est plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (17 500 passages en moyenne par an contre 23 700). Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 32 % 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.

...situées dans des établissements possédant l'équipement nécessaire

Les structures d'urgence bénéficient de l'équipement des établissements de santé dans lesquels elles sont situées. Ce sont en général des établissements dotés d'un plateau technique important : la grande majorité possède des salles d'intervention chirurgicale et du matériel d'imagerie (79 % possèdent au moins un scanner, 50 % un IRM). Les structures d'urgence pédiatriques sont situées dans des établissements de santé dotés d'un équipement adapté à une activité de néonatalogie dans 100 % des cas, de soins intensifs aux nouveau-nés dans 50 % des cas et de réanimation néonatale dans 18 % des cas.

tive à la médecine d'urgence suite aux décrets du 22 mai 2006. Les données présentées sont issues du bordereau Q13 de la SAE 2010. Des corrections ont été apportées dans certains cas aux réponses brutes déclarées par les établissements pour assurer la cohérence des données ou corriger la non-réponse de certains établissements. A titre d'exemple un établissement déclarant un grand nombre de passages aux urgences a été considéré comme « autorisé » même s'il n'avait pas renseigné le niveau d'autorisation.

TABLEAU 1 ● Nombre de services d'urgences en 2010 selon le statut et l'autorisation

Établissements	Publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
structure générale	391	36	128	555
structure générale et pédiatrique	95	4	0	99
structure pédiatrique	14	1	1*	16
Ensemble	500	41	129	670
SMUR				
SMUR général	383	7	1	391
SMUR général et pédiatrique	23	0	0	23
SMUR pédiatrique	11	0	1	12
Ensemble	417	7	2	426
SAMU	106	0	0	106

* Il s'agit du groupement de coopération sanitaire Hôpitaux pédiatriques Nice CHU Lenval.

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

Champ • France métropolitaine + DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Nombre de passages aux urgences en 2010 selon le statut et l'autorisation

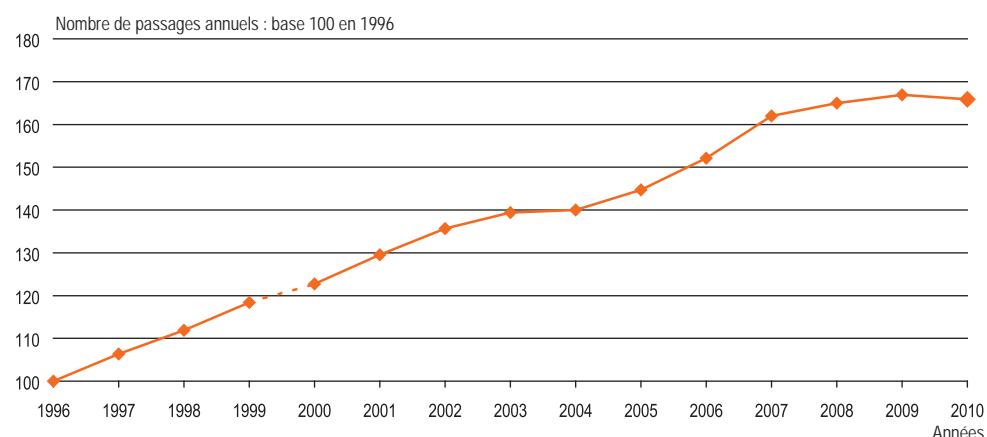
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010	2010	Évolution 2009-2010
Structures générales	9 031 566	-0,3 %	656 526	-5,1 %	2 207 972	4,6 %	11 896 064	0,2 %
Structures pédiatriques	394 936	-18,6 %	22 751	-36,6 %	19 374 (*)	-	437 061	-16,1 %
Structures générales et pédiatriques	4 972 058	-0,5 %	200 338	-0,0 %	0	-	5 172 396	-0,4 %
Urgences générales	3 463 158	-0,4 %	126 977	9,1 %	0	-	3 590 135	-0,1 %
Urgences pédiatriques	1 508 900	-0,7 %	73 361	-12,6 %	0	-	1 582 261	-1,3 %
Ensemble	14 398 560	-1,0 %	879 615	-5,2 %	2 227 346	-	17 505 521	-0,4 %

* Il s'agit du groupement de coopération sanitaire Hôpitaux pédiatriques Nice CHU Lenval.

Champ • France métropolitaine + DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2009-2010, traitement DREES.

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



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

Champ • France métropolitaine hors SSA.

Sources • DREES, SAE 1996-2010, traitement DREES.

Les interruptions volontaires de grossesse

Selon la Statistique annuelle des établissements (SAE), 196 000 interruptions volontaires de grossesses (IVG) ont été réalisées en établissement en 2010. Si l'on ajoute les 28 000 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville et les 1 400 réalisées en centres de santé, centres de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009, on obtient un total de 225 000 IVG en 2010, soit un taux de 15,1 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans. Presque huit IVG en établissement sur dix sont réalisées à l'hôpital public.

Pour la France métropolitaine et les DOM, le recours à l'IVG concerne 15,1 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010. Il s'établit à 14,7 en métropole et varie du simple au double d'une région à l'autre : de 10,7 IVG dans les Pays de la Loire à 21,7 pour 1 000 en région PACA. (voir carte 1). Quatre régions métropolitaines se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne, proches de 20 IVG pour 1 000 femmes : Langue-doc-Roussillon (18,7), Île-de-France (18,6), la Corse (19,4) et PACA (21,7). Dans les DOM, les taux de recours, largement supérieurs à ceux observés en métropole, s'élèvent à 20 IVG pour 1 000 femmes en 2010 à La Réunion, 22 en Martinique, 36 en Guyane et 43 en Guadeloupe.

Un taux de recours constant

Depuis 2006, le nombre d'IVG est quasiment stable. Leur nombre diminue en milieu hospitalier, du fait d'un report vers les IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral où elles sont autorisées depuis 2004 (voir graphique 1), et, dans une moindre mesure et seulement depuis leur autorisation en mai 2009, en centres de santé ou centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). En milieu hospitalier, les IVG médicamenteuses progressent encore légèrement tandis que les IVG chirurgicales diminuent. En 2010, 28 000 IVG médicamenteuses ont été réalisées en cabinet de ville et 1 400 en centre de santé ou CPEF, soit une IVG médicamenteuse sur quatre et, au total, une IVG sur huit.

Le taux de recours est globalement stable depuis quelques années (voir graphique 2). L'indice conjoncturel d'IVG, correspondant à la somme des taux d'IVG de chaque âge, permet d'évaluer le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux actuels de recours. Cet indice, qui ne prend pas en compte les effets de l'évolution dans le temps de la structure d'âge des femmes ayant recours à l'IVG, est de 0,53 IVG par femme en 2010. Il est quasiment stable depuis la fin des années 1990, après avoir baissé de 1976 à 1988 (0,66 en 1976 et 0,50 en 1988). Dans les DOM, cet indice s'élève à 1,0 en 2010 ; il était de 1,02 de 2006 à 2008 et de 0,96 en 2009.

Une IVG médicamenteuse sur quatre est réalisée hors structure hospitalière

En ville ou en établissement, la méthode médicamenteuse est utilisée pour 54 % des IVG, contre 47 % en 2006. Un quart des IVG médicamenteuses est réalisé hors établissement hospitalier : en cabinet libéral, centres de santé ou centres de planification ou d'éducation familiale, mais cette proportion demeure très inégale selon les régions.

Champ

France métropolitaine et DOM, y compris service de santé des armées (SSA).

Définitions

• **L'évolution de la législation :** la loi du 4 juillet 2001 a introduit une première modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est pratiquée en établissement depuis 1989. La loi du juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse également dans le cadre de la médecine de ville jusqu'à cinq semaines de grossesse. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé convention. La loi du 19 décembre 2007 et le décret d'application de mai 2009 ont étendu ce dispositif aux centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale.

Pour en savoir plus

• Vilain A., Mouquet M.-C., 2012 « Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 », *Études et Résultats*, n° 712, DREES, décembre.

Les IVG en centres de santé sont encore très peu nombreuses : elles représentent moins de 1 % du total des IVG. Leur diffusion est encore limitée : 9 sur 10 ont lieu dans les régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Aquitaine, Lorraine et Rhône-Alpes, ces cinq régions totalisant la moitié des IVG et 70 % des IVG en ville.

La part du secteur public, largement majoritaire, continue de croître

En 2010, la prise en charge des IVG a été assurée par 583 établissements en métropole et 21 dans les DOM. Les deux tiers sont des établissements publics. La part élevée de ce secteur dans la prise en charge des IVG en établissement continue de croître : en 1990, 60 % des IVG étaient réalisées dans le secteur public, puis 69 % en 2002, 72 % en 2005 et 79 % en 2010. L'Île-de-France et les régions Langue-doc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Guyane restent les seules régions où la part du secteur public est inférieure à 65 %. Dans de nombreuses régions, plus de neuf IVG hospitalières sur dix sont prises en charge par le secteur public (voir carte 2). Il s'agit des régions Bretagne, Rhône-Alpes, Auvergne, Bourgogne, Limousin, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Alsace, Centre, Franche-Comté, Nord - Pas-de-Calais, Picardie et Martinique.

5,5 % d'IVG « tardives » en 2010

La part des IVG réalisées lors des onzième et douzième semaines de grossesse atteint 5,5 % en 2010, soit une très légère diminution (6,1 % en 2001 comme en 2009) due à l'augmentation de la part des IVG médicamenteuses, contraintes juridiquement à être pratiquées avant cinq semaines de grossesse.

Près de 1 000 praticiens conventionnés pratiquent des IVG dans leur cabinet

En 2010, 972 praticiens ont réalisé des IVG médicamenteuses en ville, dont 371 travaillent en Île-de-France et 128 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 les unités pratiquant des IVG dans les établissements de santé. En 2010, 239 ETP de médecins (hors anesthésistes) salariés ont été recensés, ainsi que 120 ETP d'anesthésistes et 388 ETP de sages-femmes, pour l'ensemble des 604 établissements hospitaliers. Par ailleurs, 730 médecins libéraux et 666 anesthésistes libéraux (exclusifs ou non) sont aussi décomptés dont plus de 90 % exercent dans des établissements privés à but lucratif.

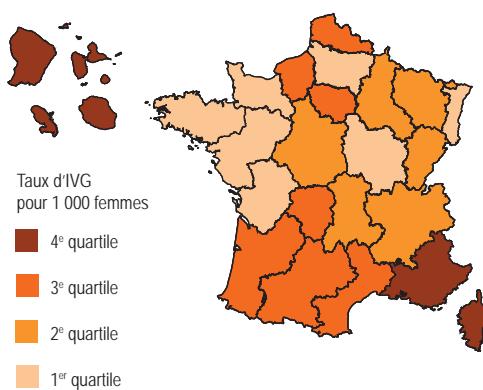
Résultats, n° 804, DREES, juin.

- « L'interruption volontaire de grossesse (IVG) », Dossier de la *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2011.
 - Vilain A., 2009, « Les établissements et les professionnels réalisant des IVG », *Études et Résultats*, n° 712, DREES, décembre.
 - « L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique », rapport 2009-2010, DREES.
- 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 remboursés concernant des IVG réalisées en cabinet libéral, en centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale par méthode médicamenteuse.

Sources

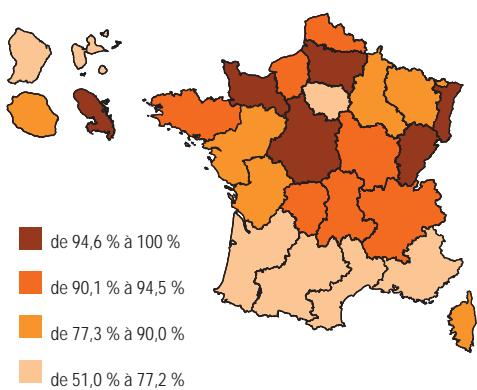
La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit

CARTE 1 ● Les recours à l'IVG en 2010



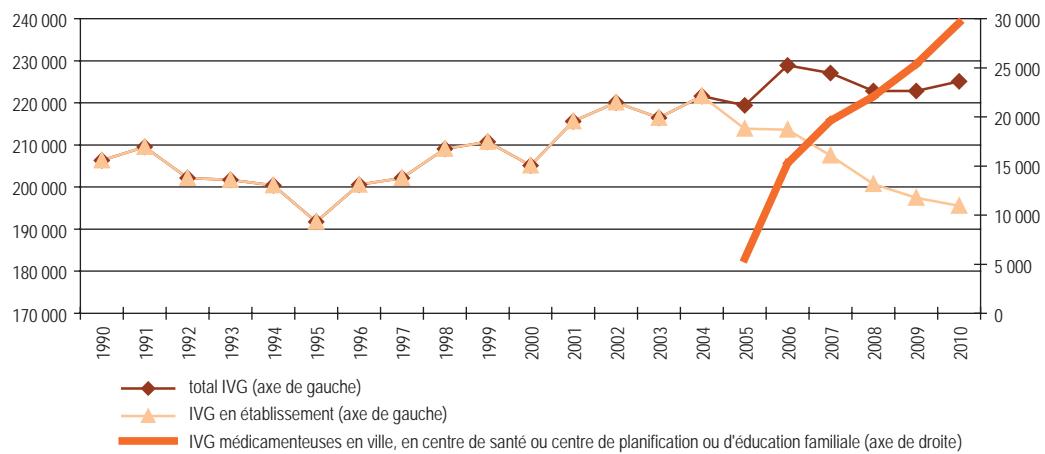
Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2010 ; CNAMTS, Erasme, traitement DREES ; INSEE, estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2010.

CARTE 2 ● Part du secteur public parmi les IVG réalisées en établissement en 2010



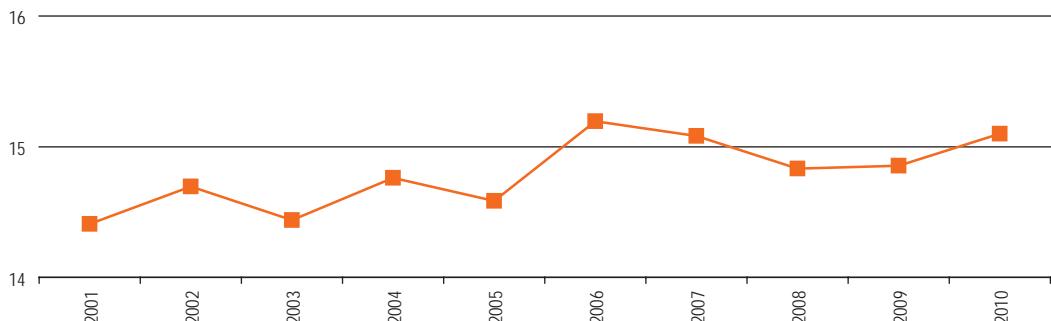
Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2010, traitement DREES.

GRAPHIQUE 1 ● Évolution du nombre des IVG depuis 1990



Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2010 ; CNAMTS, Erasme, traitement DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans depuis 2001



Lecture • Le taux est calculé en rapportant le nombre d'IVG concernant des femmes de 15 à 49 ans à l'ensemble des femmes de 15-49 ans.
Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.
Sources • DREES, SAE 2001-2010 ; ATIH, PMSI-MCO 2001-2010 ; CNAMTS, Erasme, traitement DREES ; INSEE, population par âge.

Les dépenses de médicaments dans les établissements de santé

En 2010, les médicaments de la liste hors groupe homogène de séjours (GHS) représentent près de 60 % de l'ensemble des dépenses de médicaments dans les établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM. Les médicaments anti-cancéreux sont les médicaments de la liste les plus consommés. Cette étude est réalisée à partir des données du recueil médicaments DREES, qui n'inclut pas les structures d'hospitalisation à domicile (HAD), ni le service de santé des armées.

Des dépenses en médicaments estimées à 4,3 milliards d'euros en 2010, dont 2,5 milliards facturables en sus de l'activité

En 2010, les dépenses de médicaments (hors rétrocession [voir définitions]) des établissements de santé ont atteint 4,3 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 18 % les cliniques privées et pour 6 % les établissements privés à but non lucratif (hors centres de lutte contre le cancer – CLCC). Les CLCC représentent par ailleurs 6 % 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'anti-cancéreux, de médicaments composés d'érythropoïétine, de facteurs de coagulation et d'immunoglobulines humaines. En 2010, sur les 4,3 milliards d'euros de dépenses de médicaments des établissements de santé, 2,5 milliards, soit près de 60 %, ont été générés par les médicaments inscrits sur la liste hors GHS.

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 but lucratif ou non) ayant une forte activité en cancérologie. Ainsi, dans ces établissements, l'achat d'antinéoplasiques et d'immunomodulateurs figurant sur la liste hors GHS représente plus de 85 % des dépenses en molécules facturables en sus (voir graphique 1). Dans les autres établissements privés, qui ont une plus faible activité en cancérologie, cette classe représente aussi la majorité des dépenses des médicaments de la liste en sus. Cela n'est toutefois pas le cas dans les centres hospitaliers publics ayant une faible activité en cancérologie qui consomment surtout des médicaments de la classe « sang et organes hématopoïétiques » qui permettent de traiter les maladies du sang. Les autres médicaments très consommés sont les « anti-infectieux à usage systémique » qui traitent les infections. La proportion de médicaments facturables en sus la plus importante se situe ainsi dans les CLCC (83 %), dans les CHU (65 %) et plus généralement 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 quart 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 % (établissements à faible activité en cancérologie) à un peu plus de 2 % (CLCC) du volume total de médicaments consommés.

Champ

Jusqu'en 2006, seuls les établissements de santé publics et privés ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine (hors hôpitaux locaux) étaient concernés par le recueil d'informations sur le médicament. En 2007, ce recueil a également été étendu aux DOM et aux établissements ayant une activité principale de psychiatrie ou de soins de suite et de réadaptation. Les établissements ayant une activité en soins de longue durée, l'hospitalisation à domicile et le service de santé des armées (SSA) 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 de 2009 (les données 2010 n'étant pas encore disponibles à la date de rédaction de cette fiche).

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 prin-

cipalement : d'anticancéreux (classe ATC L01), de médicaments composés d'érythropoïétine (classe ATC B03), de facteurs de la coagulation (classe ATC B02) et d'immunoglobulines humaines (classe ATC J06).

- **Classe thérapeutique :** le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) est utilisé pour classer les médicaments. Les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et/ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

- **Rétrocession de médicaments :** les établissements publics ont la possibilité de vendre des médicaments à des patients. La rétrocession de médicaments recouvre leur délivrance par une pharmacie hospitalière à des patients qui ne sont pas hospitalisés.

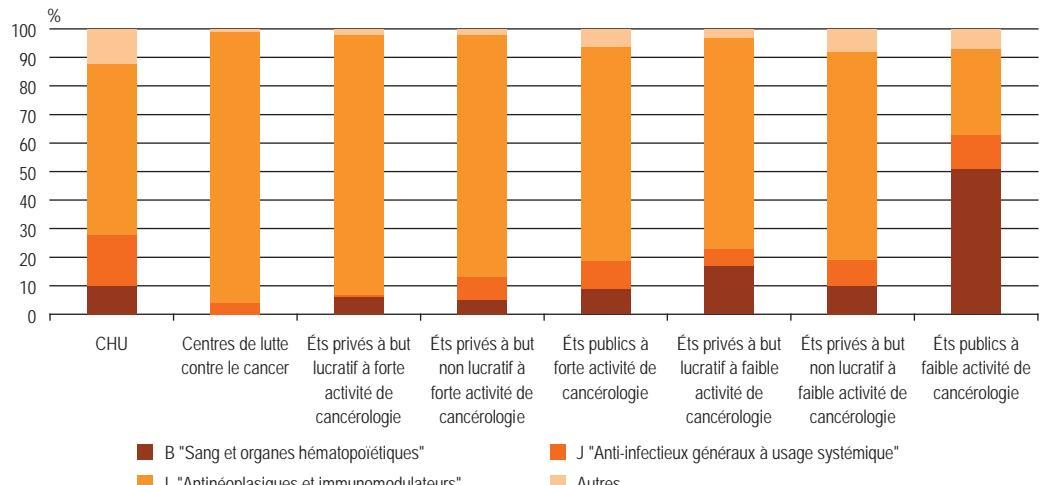
Pour en savoir plus

- DGOS, 2011, Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A).

Sources

Le recueil d'informations sur le médicament dans les établissements de santé organisé par la DREES permet de connaître, pour chacun des établissements, les achats (prix moyen pondéré et quantités) de médicaments par unité commune de dispensation (UCD), les quantités délivrées et les ventes au public (rétrocession). Le taux de réponse de cette collecte en termes d'activité est d'environ 70 %. 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 en 2009.

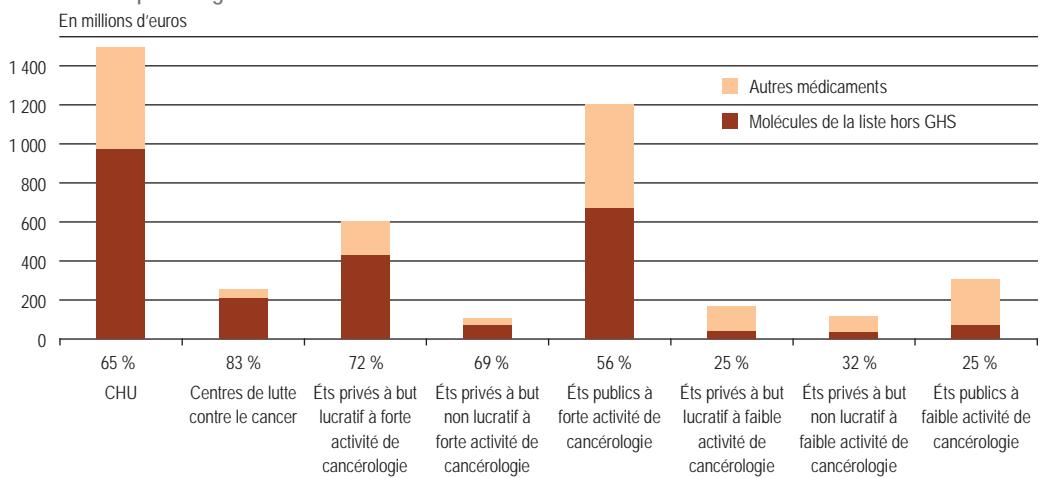
GRAPHIQUE 1 ● Répartition des dépenses de médicaments de la liste hors GHS par classe thérapeutique



Champ • France métropolitaine et DOM hors SSA.

Sources • DREES, Recueil médicaments, 2010, traitement DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Dépenses de médicaments et part des médicaments facturables en sus par catégorie d'établissements



Champ • France métropolitaine et DOM hors SSA.

Sources • DREES, Recueil médicaments, 2010, traitement DREES.

7

La situation économique du secteur

- La part des établissements de santé dans la consommation de soins
- La situation économique et financière des cliniques privées
- La situation économique et financière des hôpitaux publics
- Les disparités territoriales de dépenses de soins hospitaliers de court séjour
- Les disparités territoriales de consommation de soins de suite et de réadaptation

La part des établissements de santé dans la consommation de soins

Avec 84 milliards d'euros en 2011, le secteur hospitalier (établissements des secteurs public et privé) représente 46,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,7 % de la consommation totale des ménages. L'Assurance maladie finance 90,4 % des dépenses de soins hospitaliers.

La consommation de soins hospitaliers s'élève à 84 milliards d'euros en 2011

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 2011, à 84 milliards d'euros (voir tableau 1). A la différence des autres fiches, le secteur hospitalier ne comprend pas, dans les Comptes de la santé, l'hospitalisation de longue durée (souvent appelée long séjour). Celle-ci est comptabilisée avec les autres dépenses de soins de longue durée (soins assurés en établissements d'hébergement pour personnes âgées [EHPA] ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD]) : soins assurés à domicile par les services de soins et d'aide à domicile [SSAD] ; soins assurés en établissements aux personnes handicapées). La part de la consommation de soins hospitaliers dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux est globalement stable : elle est passée de 46,2 % en 2005 à 46,4 % en 2011. Pour la situer dans l'ensemble de l'économie, la consommation de soins hospitaliers représente, en 2011, 5,7 % de la consommation totale effective des ménages. Cette part a légèrement augmenté depuis 2005 (+0,2 point) (voir graphique 1).

De 2005 à 2011, la consommation de soins hospitaliers a progressé en moyenne à un rythme proche de celui de la consommation totale de soins et biens médicaux, avec des écarts toutefois significatifs certaines années (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 63,8 milliards

d'euros. Elle croît de 2,7 % en valeur en 2011 comme en 2010, ce qui marque un net ralentissement par rapport au rythme de croissance des années précédentes.

Dans le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées, la consommation de soins (y compris les honoraires perçus en établissement) s'est élevée à 19,8 milliards d'euros en 2011. La croissance en valeur observée en 2011 (+2,6 %) est inférieure à celle de 2010 (+3,1 %) et des années précédentes.

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers : 90,4 % en 2011 contre 75,5 % pour l'ensemble de la consommation de soins et biens médicaux (voir tableau 2). En effet, une grande partie des séjours donnent lieu à une facturation sans ticket modérateur, compte tenu de leur motivation par une affection de longue durée (ALD) ou de leur durée. L'intervention des autres financeurs est donc très faible. La part des organismes complémentaires est cependant en progression depuis cinq ans (5,4 % en 2011 contre 4 % en 2005) tandis que la part de la Sécurité sociale diminue (90,4 % en 2011 contre 92,1 % en 2005). Ces évolutions s'expliquent par les hausses du forfait journalier hospitalier (+1 euro par an entre 2005 et 2007 et +2 euros en 2010) ainsi que des tarifs journaliers de prestations (TJP) qui servent de base au calcul des tickets modérateurs à l'hôpital public. La mise en place 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, de même qu'en 2011 l'alourdissement du ticket modérateur « acte lourd » dont le seuil a été relevé de 91 à 120 euros.

Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici concerne la consommation de soins hospitaliers des établissements de santé des secteurs public et privé en 2011, en France métropolitaine et dans les DOM, y compris SSA. Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (soins de longue durée et soins en maisons de retraite) sont exclues.

Définitions

• **Consommation de soins hospitaliers :** ensemble des services (soins

et hébergement) fournis par les hôpitaux du secteur public et par les établissements du secteur privé (à but lucratif ou non). Dans les Comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs ne repose pas sur leur statut juridique mais sur leur mode de financement.

• **Consommation de soins et de biens médicaux :** elle représente la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire national - y compris les DOM - pour la satisfaction de leurs besoins individuels par les assurés du régime français d'assurance maladie ou les personnes prises en charge par

l'aide médicale d'État (AME). Elle est évaluée grâce aux financements, d'origine publique ou privée, qui en sont la contrepartie.

• **Consommation effective des ménages :** elle est égale à la somme de la dépense de consommation des ménages et des dépenses individualisables des administrations publiques (pour l'essentiel dépenses de santé, c'est-à-dire remboursements de l'Assurance maladie et dépenses d'éducation).

Pour en savoir plus

• Le Garrec M.-A., Bouvet M., Kouabi M., 2012, « Comptes nationaux de la santé en 2011 », *Études et Résultats*, n° 809, DREES, septembre.

de la santé en 2011 », *Études et Résultats*, n° 809, DREES, septembre.

• Le Garrec M.-A., Bouvet M., Kouabi M., 2012, « Comptes nationaux de la santé en 2011 », *Document de travail*, Série Statistiques, n° 172, DREES, septembre.

Sources

Comptes de la santé, qui est un compte satellite des comptes de la nation. Depuis 2010, les comptes sont établis selon une nouvelle base des comptes nationaux (base 2005).

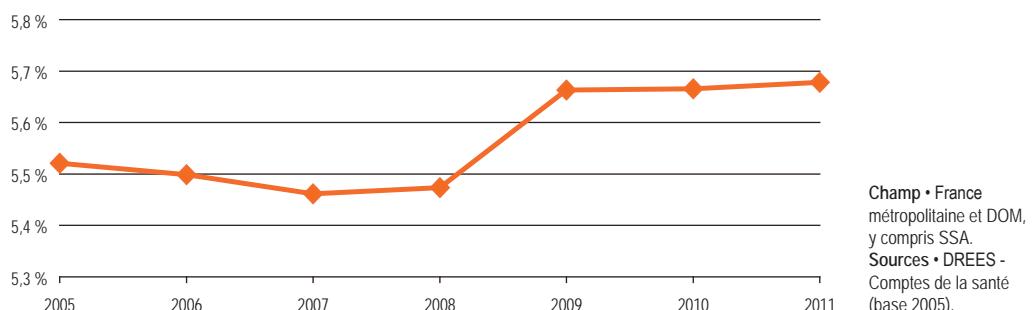
TABLEAU 1 ● Consommation de soins hospitaliers et consommation de soins et biens médicaux (en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consommation de soins et biens médicaux	148 116	153 748	160 352	165 710	171 149	175 382	180 037
Consommation de soins hospitaliers, dont :							
- soins hospitaliers en secteur public	68 487	71 051	73 644	76 208	79 203	81 426	83 582
- soins hospitaliers en secteur privé	52 774	54 618	56 482	58 187	60 470	62 111	63 779
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et biens médicaux	46,2 %	46,2 %	45,9 %	46,0 %	46,3 %	46,4 %	46,4 %

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA.

Sources • DREES - Comptes de la santé (base 2005).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 2005



GRAPHIQUE 2 ● Évolution annuelle de la consommation de soins hospitaliers et de la consommation de soins et biens médicaux (en %) depuis 2005

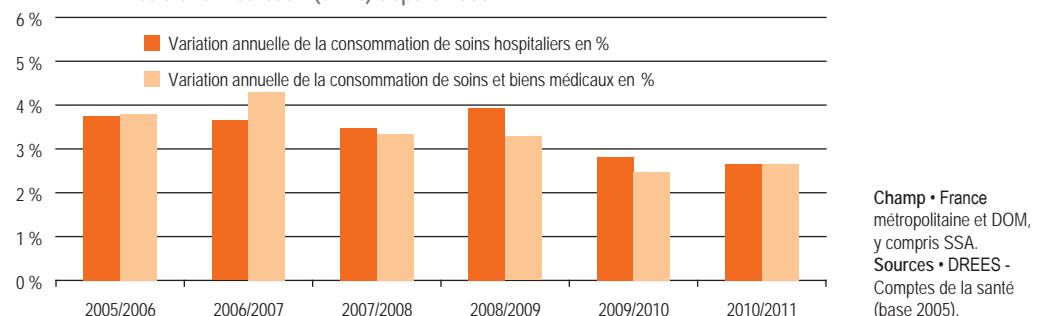


TABLEAU 2 ● Structure de financement de la consommation de soins en 2011 (en %)

	Consommation de soins et biens médicaux	Consommation de soins hospitaliers
Sécurité sociale de base (1)	75,5	90,4
Etat et CMU-C organismes de base (2)	1,3	1,1
Organismes complémentaires (3)	13,7	5,4
Ménages	9,6	3,2
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, y compris SSA.

Sources • DREES - Comptes de la santé (base 2005).

La situation économique et financière des cliniques privées

En 2010, la croissance du chiffre d'affaires des cliniques privées ralentit (+3,1 %, après +3,9 % en 2009). Parallèlement, leur rentabilité économique est en légère baisse et s'établit ainsi à 1,7 % pour l'exercice 2010 (après 2,1 % en 2009). La situation économique des cliniques privées, satisfaisante en moyenne, présente une grande hétérogénéité : plus d'un quart d'entre elles subissent des pertes alors qu'une sur quatre affiche une croissance du chiffre d'affaires supérieure à 5 %.

Une croissance du chiffre d'affaires plus faible en 2010 qu'en 2009

Les cliniques privées ont généré un chiffre d'affaires (CA) total de 12,5 milliards d'euros en 2010. Ce dernier a augmenté de 3,1 % alors que la hausse était de 3,9 % en 2009. Parmi les cliniques étudiées, la moitié voient leur chiffre d'affaires augmenter d'au moins 2,2 %, un quart d'au moins 5,6 % et un dixième d'au moins 11,1 %. En revanche, 28,6 % des cliniques voient leur CA stagner ou baisser entre 2009 et 2010. Par ailleurs, la croissance du CA des cliniques du secteur MCO est en moyenne plus faible (2,8 %, soit une baisse de 0,6 point par rapport à 2009) que celle des cliniques du secteur hors MCO (4,2 %, soit une baisse de 1,3 point par rapport à 2009).

La rentabilité économique de l'ensemble des cliniques en légère baisse pour l'exercice 2010

En 2010, la rentabilité économique - niveau d'excédent ou de déficit rapporté au chiffre d'affaires - s'établit à 1,7 % du CA, soit une baisse de 0,4 point depuis 2009. Cette évolution s'explique surtout par la dégradation du résultat exceptionnel, du fait de la hausse des charges exceptionnelles (+0,4 point). Cette baisse de la rentabilité économique concerne davantage le secteur hors MCO, plus rentable, que le secteur MCO : la rentabilité s'établit à 2,9 % en 2010 (soit -0,9 point), pour le secteur hors MCO et à 1,4 % (-0,2 point) pour le secteur MCO (voir graphique 1). Là encore l'écart entre les deux secteurs se réduit et l'analyse montre que les cliniques les plus rentables sont en 2010 (comme en 2009) les cliniques MCO de petite taille, avec une rentabilité économique moyenne de 4,5 % en 2010.

La moitié des cliniques privées enregistre une rentabilité économique supérieure à 2,4 %, valeur médiane proche de celle de 2009 (2,7 %). Une clinique sur dix affiche un taux de rentabilité économique supérieur à 11,4 %, seuil identique à celui de 2009. Ces établissements les plus rentables réalisent 6,0 % du CA total de l'ensemble des cliniques.

En 2010, 27,8 % des cliniques déclarent des pertes, proportion supérieure à celle de 2009 (+2,2 points). Parmi les cliniques pré-

Champ

Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce, mais parfois avec retard. Les données 2010 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 2010 afin de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées. Au final, 826 cliniques sont étudiées pour l'année 2010, nous permettant notamment le calcul de la rentabilité économique. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par une repondération 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.

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. Elle peut s'exprimer en valeur ou être rapportée au CA.
- **Capacité de remboursement** : rapport des dettes financières à la CAF en valeur. Elle permet de mesurer le temps nécessaire à l'établissement pour rembourser ses dettes.
- **Chiffre d'affaires (CA)** : il correspond essentiellement aux rémunéra-

sentes en 2009 et 2010, 17,4 % déclarent des pertes pour les deux années. Le CA des cliniques déficitaires en 2010 représente 26,1 % du CA total de l'ensemble des cliniques, contre 24,4 % en 2009. En outre, 10 % de l'ensemble des cliniques affichent en 2010 une rentabilité économique inférieure à -7,6 %. Le taux de marge brut d'exploitation, correspondant au ratio de l'excédent brut d'exploitation sur le chiffre d'affaires, reste stable en 2010, à 5,9 % du CA (voir tableau).

Baisse de l'investissement dans l'ensemble des cliniques privées, taux d'endettement en hausse dans le secteur hors MCO

La capacité d'autofinancement (CAF) des cliniques privées, exprimée en part du chiffre d'affaires, s'établit en 2010 à 4,5 % du CA, chiffre relativement stable depuis 2009 (-0,2 point). La capacité de remboursement, qui mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement en années de CAF, reste également stable à 3,7 années pour l'ensemble des cliniques. Toutefois, cet indicateur s'améliore pour le secteur MCO à 3,6 années en 2010 (contre 3,8 années en 2009), mais se détériore légèrement pour le secteur hors MCO à 3,9 années (contre 3,3 années en 2009).

Le taux d'endettement des cliniques privées progresse de 0,7 point en 2010, et s'établit à 42,8 % du chiffre d'affaires. Cette augmentation pour l'ensemble des cliniques est due au secteur hors MCO, avec un endettement de 51,1 % en 2010 (+4,8 points). Dans le secteur MCO, en revanche, il est en légère baisse, à 40,4 % en 2010 (-0,4 point).

Le niveau de l'effort d'investissement diminue à 5,7 % du CA en 2010 (soit -1,8 point par rapport à 2009, voir graphique 2). Cette baisse est particulièrement marquée pour les cliniques du secteur hors MCO, dont le niveau d'investissement s'établit à 5,4 % en 2010 (-5,8 points), après une période d'investissement élevé entre 2007 et 2009, et rejoint celui du secteur MCO (5,7 %, soit -0,8 point par rapport à 2009).

rations 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).

- **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.

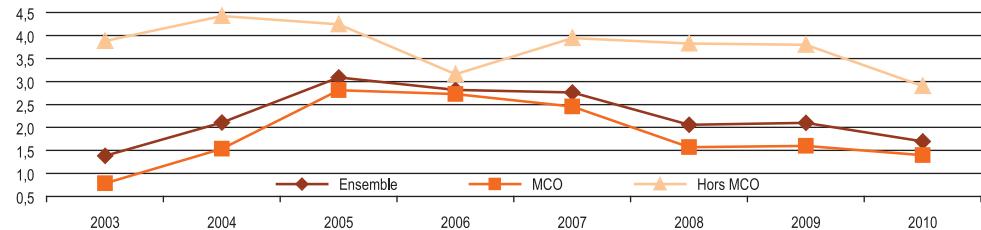
Pour en savoir plus

- Aude J., 2010, « 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, DREES, octobre.

Sources

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

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 2003-2010, traitement DREES.

TABLEAU ● Compte de résultat des cliniques privées

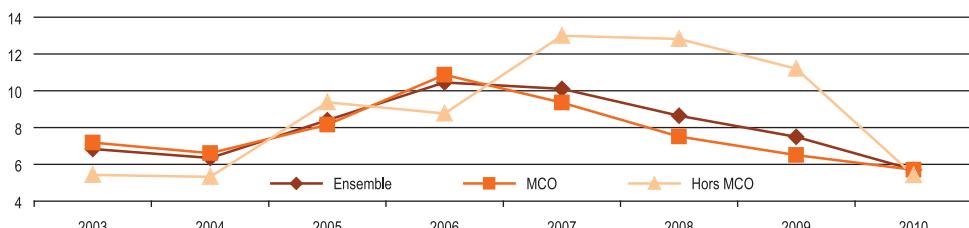
	2009	2010
Chiffre d'affaires total (en millions d'euros)	12 079	12 456
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	11,3	11,8
Achats et charges externes (en % du CA) dont		
Achats consommés	-45,2 %	-45,3 %
Autres achats et charges externes	-17,8 %	-18,0 %
Variation de stocks	-27,5 %	-27,3 %
-0,1 %	0,0 %	
Frais de personnel (en % du CA) dont		
Salaires bruts	-43,8 %	-43,9 %
Charges sociales	-31,5 %	-31,1 %
-12,3 %	-12,8 %	
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA) dont		
Impôts, taxes et versements assimilés	-5,1 %	-4,9 %
Subvention d'exploitation	-6,0 %	-5,7 %
0,9 %	0,8 %	
Excédent brut d'exploitation (en % du CA)	5,9 %	5,9 %
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-1,7 %	-1,7 %
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	-0,1 %	-0,1 %
Résultat d'exploitation (en % du CA)	4,2 %	4,2 %
Résultat financier dont		
Produits financiers	-0,3 %	-0,3 %
Charges financières	0,8 %	0,6 %
-1,1 %	-1,0 %	
Résultat courant (exploitation + financier)	3,8 %	3,9 %
Résultat exceptionnel (en % du CA) dont		
Produits exceptionnels	0,1 %	-0,3 %
Charges exceptionnelles	2,4 %	2,4 %
-2,3 %	-2,7 %	
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4 %	-0,4 %
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,4 %	-1,4 %
Résultat net (en % du CA)	2,1 %	1,7 %

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 2009-2010, traitement DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Evolution 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 2003-2010, traitement DREES.

La situation économique et financière des hôpitaux publics

En 2010, après deux années de baisse consécutive, le déficit des hôpitaux publics se stabilise et s'établit à environ 230 millions d'euros. L'effort d'investissement enregistre, quant à lui, une baisse en 2010, après plusieurs années de hausse.

Le déficit des hôpitaux s'élève à 227 millions d'euros en 2010

En 2010, le déficit des hôpitaux publics s'est stabilisé après deux années de baisse consécutive. Il s'établit à 227 millions d'euros, ce qui représente 0,4 % des produits (voir tableau). Ce déficit était de 486 millions d'euros en 2007 et de 345 en 2008. Toutefois, cette stabilité cache des disparités entre les catégories d'établissements. Les comptes financiers continuent de s'améliorer en 2010 pour les CHR (hors AP-HP), tandis que la situation des CH, notamment ceux de taille moyenne se dégrade en 2010.

Les produits des établissements publics sont estimés à près de 67 milliards d'euros en 2010

En 2010, les produits hors rétrocession de médicaments (voir définitions) des hôpitaux publics s'élèvent à près de 67 milliards d'euros (Md€) (+3,8 %). 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. Le budget principal du secteur public, qui représente 88 % du budget total, s'établit à 58,6 Md€. Ce budget est ventilé en trois titres fonctionnels de produits et en quatre titres de charges. Avec plus de 48 Md€, les produits versés par l'Assurance maladie (titre 1) ont progressé de 2,8 % en 2010. 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 autres produits de l'activité hospitalière (titre 2), retracant principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, est de 5,3 %. Le montant de ces produits atteint 4,8 Md€ en 2010. Enfin, les autres produits (titre 3) ont augmenté de 5,8 % pour s'établir à 5,5 Md€. Ils correspondent par exemple aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement, aux remises et ristournes obtenues sur les achats stockés de matières premières et de fournitures.

67,2 milliards d'euros de charges pour le secteur public en 2010

Les charges du secteur public sont estimées en 2010 à 67,2 Md€, dont 88 % comptabilisées en budget principal.

Contrairement aux deux années précédentes, le rythme d'augmentation des charges est identique à celui des produits (+3,8 %). Les charges de personnel, représentant le premier poste de dépense, progressent de +3,5 % en 2010 contre +1,1 % en 2009 ; elles s'établissent ainsi à 45,3 Md€, soit 67,4 % du total des charges. Toutefois, la croissance modérée observée en 2009 est liée pour une partie aux paiements de comptes épargne-temps intervenus en 2008 et non renouvelés en 2009. Pour le seul budget principal, les charges de personnel (titre 1) s'élèvent à près de 40 Md€. En 2010, les charges à caractère médical (titre 2) progressent de +5,4 % en 2010 contre +4,4 % 2009. Elles atteignent 8,4 Md€ sur le seul budget principal. Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) ainsi que les charges d'amortissements et frais financiers (titre 4) progressent respectivement de 5 % et 2,5 % et atteignent respectivement 5,4 Md€ et 5,2 Md€ pour le budget principal.

Des investissements importants financés de plus en plus par l'endettement

La part des dépenses d'investissement au sein des produits est d'environ 11 %. L'année 2010 marque néanmoins un ralentissement de cet effort d'investissement (passage de 11,3 % en 2009 à 10,5 % en 2010) après plusieurs années de hausse continue (voir graphique 2). Les capacités des établissements à financer les investissements à partir des flux d'exploitation se maintiennent en 2010. En effet, la capacité d'autofinancement (CAF), mesurant les ressources générées par l'activité courante de l'établissement, se stabilise à près de 4 Md€. Cette stabilisation fait suite à une progression de la CAF de près d'un milliard entre 2006 et 2009. Bien que la CAF se maintienne à un niveau important, elle ne permet pas de faire face aux investissements massifs qui sont engagés. En effet, parallèlement à la croissance de l'investissement, le taux d'endettement mesurant la part des dettes au sein des ressources stables est passé de 36,4 % en 2006 à 47,4 % en 2010 (voir graphique 3). L'encours de la dette s'établit donc en 2010 à 24,1 Md€, dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte.

Champ

France métropolitaine et DOM. Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 959 en 2010. 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).

Pour en savoir plus

• Yilmaz E., 2012, « La situation économique et financière des hôpitaux publics se stabilise », *Comptes nationaux de la santé* 2011, collection Études et statistiques, DREES.

Sources

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics. 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 ● Excédent ou déficit des hôpitaux publics entre 2002 et 2010 (en % des produits)

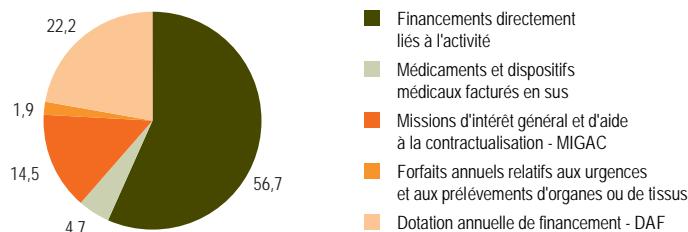
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4*	-0,9	-0,6	-0,4	-0,4
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7*	-0,2	0,2	-1,3	-1,7
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9
Grands CH	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	-0,0	-0,7
Petits CH	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9
Hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	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 %.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES-SAE, DGFiP Comptes des hôpitaux, traitement DREES.

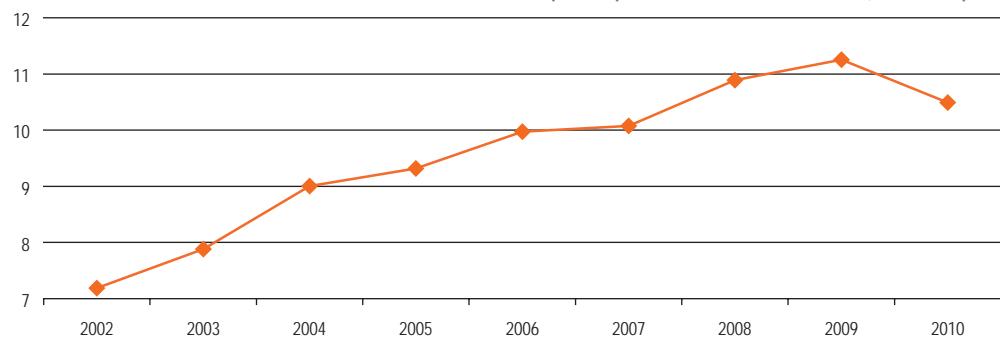
GRAPHIQUE 1 ● Répartition des produits versés par l'Assurance maladie (titre 1) en 2010 (en %)



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES-SAE, DGFiP Comptes des hôpitaux, traitement DREES.

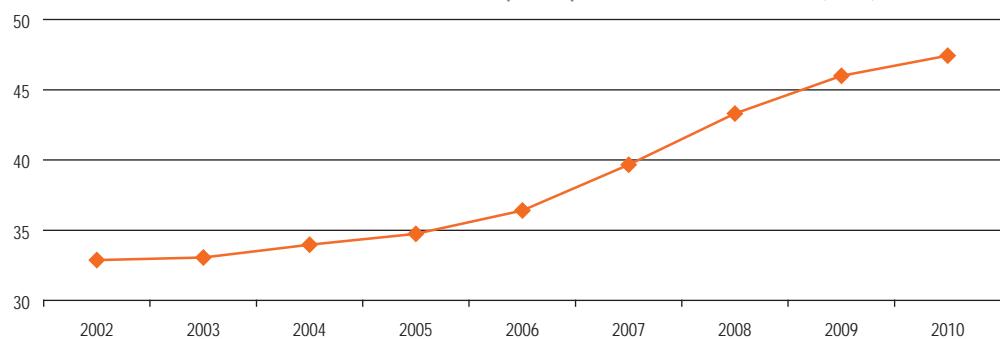
GRAPHIQUE 2 ● Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics entre 2002 et 2010 (en % des produits)



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES-SAE, DGFiP Comptes des hôpitaux, traitement DREES.

GRAPHIQUE 3 ● Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2010 (en %)



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES-SAE, DGFiP Comptes des hôpitaux, traitement DREES.

Les disparités territoriales de 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 ajustées sont deux fois moins dispersées que les consommations observées. La consommation de soins corrigée apparaît alors 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 (carte 1a). En 2010, la consommation moyenne de soins hospitaliers de court séjour en France métropolitaine et dans les DOM est de 636 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 610 euros tandis que celle des 25 départements ayant les consommations observées les plus élevées est supérieure à 709 euros, soit un écart rapporté à la moyenne nationale de 16 %.

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 d'ajustement 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 moyennes calculées pour les habitants de France métropolitaine et des DOM. L'état de santé est ici mesuré par la mortalité et par la part de la population en affection de longue durée (ALD). Cet ajustement 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 99 euros entre les 25 départements aux consommations les plus faibles et les 25 départements aux consommations les plus élevées se réduit à 48 euros, soit 7,5 % de la consommation moyenne nationale, après standardisation sur les caractéristiques démographiques et sanitaires de la population de chaque département.

Champ

Activités d'hospitalisation (complète ou partielle) et de séances des établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ayant fonctionné en 2010 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances de radiothérapie et de dialyse, hors séjours non valorisés) y compris service de santé des armées (SSA).

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) ou des minorations en cas de durée de

séjour inférieure à la borne basse (forfait ou tarif EXB) et des suppléments des établissements ex-dotation globale (DG) et ex-objectif quantifié national (OON). Les séjours sont valorisés avec la tarification des établissements ex-DG au 1^{er} mars 2010 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 2010.

- **Consommation standardisée par habitant** : montant de l'indicateur de

Ainsi, en tenant compte des spécificités de la population de chaque département en termes de structure démographique (âge, sexe) et d'état de santé (mortalité, part de la population en ALD), les différences de consommation de soins hospitaliers de court séjour sont atténuées de moitié, bien que des disparités subsistent. Les départements dont la consommation corrigée par habitant est supérieure de plus de 60 euros à la moyenne nationale se situent principalement dans l'Est de la France. À l'opposé, les départements présentant une consommation corrigée nettement inférieure à la moyenne nationale se trouvent en majorité dans le Centre et le Nord-Ouest du pays (carte 1b). Les deux variables prises en compte ne mesurent qu'imparfaitement l'état de santé de la population locale ; une partie des écarts résiduels est donc liée aux différences d'état de santé non mesurées.

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 165 000 séjours ou séances de patients de la plupart des autres régions de France métropolitaine et des DOM. Dans une moindre mesure, les régions Rhône-Alpes, PACA, Alsace et Aquitaine ont une attractivité importante (solde net de 26 000 à 31 000 séjours ou séances), tout comme le Limousin et les Pays de la Loire (respectivement 22 000 et 18 000 séjours ou séances). À l'inverse, les quatre DOM ont un solde net déficitaire malgré leur éloignement de la métropole.

dépense après prise en compte des caractéristiques démographiques et sanitaires de la population de chaque département. Contrairement aux années précédentes, la consommation par habitant est ajustée par régression sur la structure démographique du département et sur l'état de santé de sa population au regard de la prévalence des affections de longue durée (ALD) et de la mortalité.

Sources

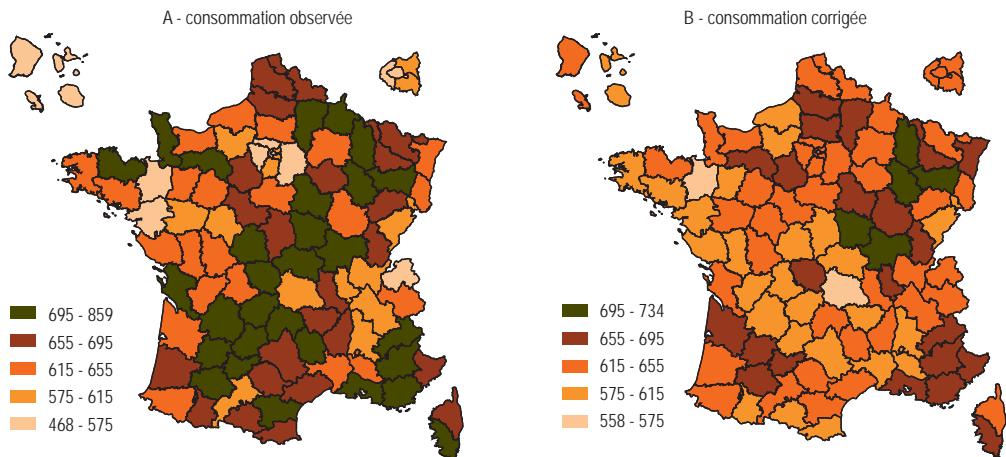
Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DGOS et l'ATIH fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

Arrêté du 27 février 2010 fixant pour l'année 2010 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

INSEE, estimations de population et mortalité, état civil (2010).

CNAMTS-SNIIR-AM : pour la standardisation, prévalence (2010) et montant moyen remboursé hors médico-social et USLD privés et publics (2009) pour chaque ALD, population couverte par le régime général (2010).

CARTES 1A ET 1B ● Indicateur de consommation de soins hospitaliers observée et corrigée pour les départements de France métropolitaine et DOM en 2010 (en euros par habitant)

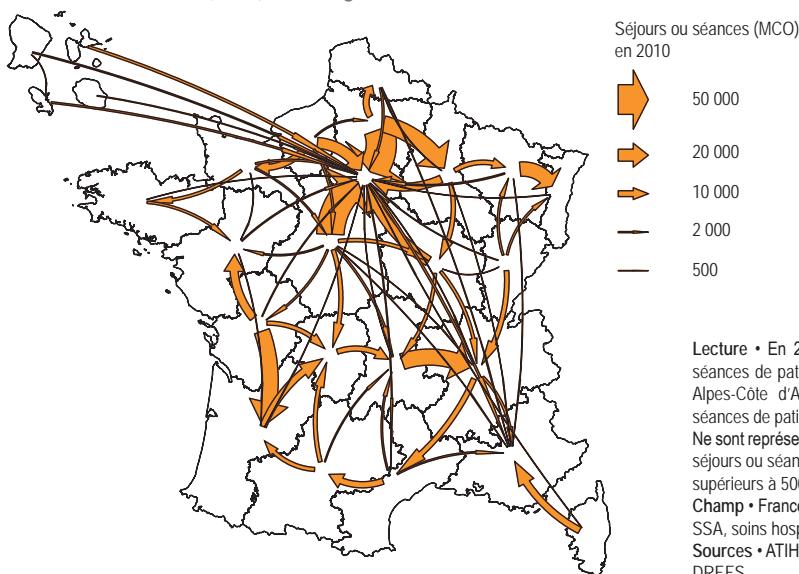


Note • Les départements sont classés en cinq catégories. La classe médiane est centrée sur la moyenne nationale des consommations de soins hospitaliers de court séjour par habitant (636 euros arrondis à 635 euros). Les classes extrêmes regroupent les départements aux consommations de soins hospitaliers 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 corrigée (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 les habitants de France et des DOM. L'état de santé est ici mesuré par la mortalité et par la part de la population en ALD.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA, soins hospitaliers de court séjour.

Sources • CNAMTS-SNIIR-AM, ATIH, PMSI-MCO 2010, traitement DREES ; INSEE estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2010.

CARTES 2 ● Principaux déplacements (mesurés en flux nets) à l'occasion de séjours ou séances (MCO) entre régions et DOM



Lecture • En 2010, il y a eu 11 500 séjours ou séances de patients corsos soignés en Provence-Alpes-Côte d'Azur de plus que de séjours ou séances de patients provençaux soignés en Corse. Ne sont représentés ici que les flux nets, soldes des séjours ou séances de patients entrants et sortants supérieurs à 500 séjours ou séances dans l'année.

Champ • France métropolitaine et DOM, y compris SSA, soins hospitaliers de court séjour.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2010, traitement DREES

Les disparités territoriales de consommation de soins de suite et de réadaptation

L'indice de valorisation de l'activité (IVA), intégré au Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), permet de quantifier la consommation de soins de suite et de réadaptation (SSR) effectués en établissement. Les disparités départementales de consommation de SSR ainsi mesurées sont importantes (coefficients de variation de 23 %) mais sont réduites d'un quart si l'on corrige statistiquement la consommation observée des écarts de structure démographique qui existent entre les départements.

Les soins de suite et de réadaptation sont complémentaires à certaines prises en charge et substituables à d'autres

Les soins de suite et de réadaptation ont une position particulière dans le parcours de soins. En amont, les patients sont fréquemment hospitalisés en médecine, chirurgie et obstétrique. En aval, les structures sanitaires et médico-sociales interviennent. Les patients qui retournent chez eux peuvent être pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD), en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou par un professionnel de santé libéral (soins infirmiers, kinésithérapie). Pour les plus dépendants, la prise en charge peut-être effectuée en unité de soins de longue durée (USLD), établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) ou encore en établissement pour personnes handicapées. Les relations de complémentarité et de substitution entre ces différentes prises en charge au niveau local sont fortes et induisent des disparités de consommation de SSR. Par conséquent, les résultats exposés dans cette fiche doivent être interprétés avec prudence.

Quantifier les ressources mobilisées au moyen de l'indice de valorisation de l'activité

La consommation de SSR peut être estimée par l'indice de valorisation de l'activité (IVA). Dans l'attente du passage à la tarification à l'activité prévu à partir de 2016, cet indice est utilisé pour modular le financement par dotation des établissements en fonction de leur activité. L'IVA est calculé à partir de l'activité renseignée dans le PMSI et par la même méthode pour tous les séjours, indépendamment du statut juridique et de la spécialisation de l'établissement où ils ont lieu. Pour chaque patient, un nombre de points d'activité est attribué à chaque journée de présence, à partir de la classification des résumés hebdomadaires standardisés (RHS) en groupes de morbidités dominantes (GMD) et sur la base de variables telles que la morbidité, l'âge, le degré de dépendance, la finalité principale de prise en charge ou le type d'hospitalisation. Ces points d'activité IVA reflètent la quantité de ressources consommées pour soigner le patient. Le nombre total de points IVA associés aux séjours des patients habitant dans un département permet donc de mesurer leur consommation de soins de suite et de réadaptation. Néanmoins, l'IVA ne traduit que partiellement l'activité car cette quantifica-

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour l'année 2009, en France métropolitaine et DOM, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, hors service de santé des armées (SSA).

Définitions

- **Indicateur de consommation :** total des points d'indice de valorisation de l'activité (IVA) des résumés hebdomadaires standardisés (RHS)

d'hospitalisation complète ou partielle des établissements ex-dotation globale (DG) et ex-objectif quantifié national (OQN). Ces montants totaux de points IVA sont regroupés selon le département de résidence du patient, estimant ainsi la quantité de ressources utilisées en SSR par les patients de chaque département. Le point IVA n'ayant pas de valeur fixée au plan national, la consommation de soins de suite et de réadaptation n'est pas exprimée en euros.

- **Coefficient de variation :** mesure de la dispersion relative qui se cal-

tion exclut certains domaines : prises en charge spécialisées en pédiatrie, états végétatifs chroniques, activités ne générant pas de points IVA (consultations externes notamment).

Un quart des écarts de consommation sont liés aux caractéristiques démographiques

En 2009, la consommation moyenne de soins de suite et de réadaptation est de 789 points IVA par habitant. La consommation observée par habitant des vingt-cinq départements ayant les consommations les plus faibles est inférieure de 13 % à la moyenne nationale, tandis que celle des vingt-cinq départements ayant les consommations observées les plus élevées lui est supérieure de 13 % (voir carte 1a).

Ces différences sont en partie liées aux écarts qui existent entre les caractéristiques démographiques des départements. La patientèle de SSR est plus féminine et surtout plus âgée que l'ensemble de la population française (voir graphique). Ainsi, les départements dont la population est plus âgée ou plus féminine sont ceux pour lesquels les dépenses de SSR devraient être supérieures aux autres départements. Pour tenir compte de ces différences démographiques, les consommations observées sont corrigées par une méthode statistique. Ce procédé d'ajustement consiste à calculer, pour chaque département, une consommation théorique à partir de la consommation observée, en ramenant la structure par âge et sexe de la population du département aux valeurs moyennes calculées pour les habitants de France métropolitaine et des DOM. Cet ajustement a bien pour effet de réduire l'écart entre les départements qui ont la consommation la plus faible et ceux qui ont la consommation la plus élevée. Avec cet indicateur corrigé de la structure par âge et sexe de la population de chaque département, l'écart entre les vingt-cinq départements aux consommations les plus faibles et les vingt-cinq départements aux consommations les plus élevées s'établit à 157 points IVA au lieu de 207 points IVA sans correction (voir carte 1b).

Ainsi, en tenant compte des spécificités de la population de chaque département en termes de structure démographique, les différences de consommation de soins hospitaliers de moyen séjour sont réduites d'un quart. Les disparités qui subsistent tiennent donc à d'autres facteurs : état de santé, structure de l'offre et organisation locale des soins, aidants familiaux, etc.

cule en faisant le rapport de l'écart type et de la moyenne.

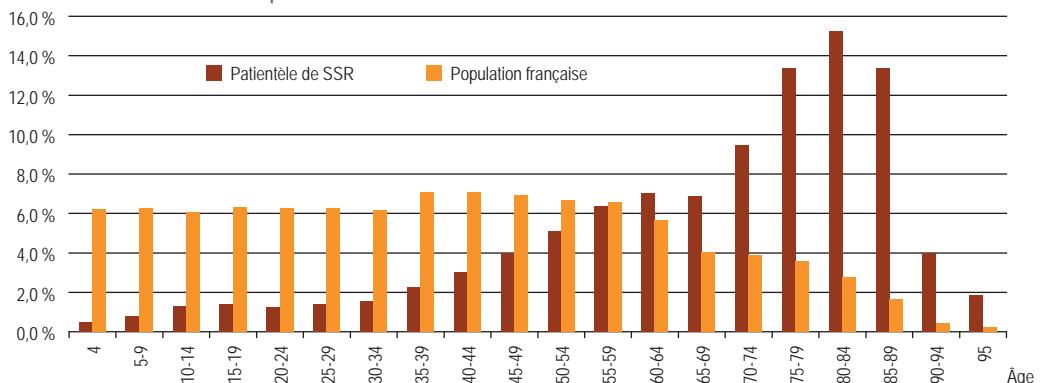
Pour en savoir plus

- Coquelet F., Valdelievre H., 2011, « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 23, DREES.

Sources

PMSI-SSR 2009. Il permet de mesurer l'activité des structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation. INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2009.

GRAPHIQUE ● Comparaison des structures par âge de la patientèle de SSR et de la population de France métropolitaine et des DOM

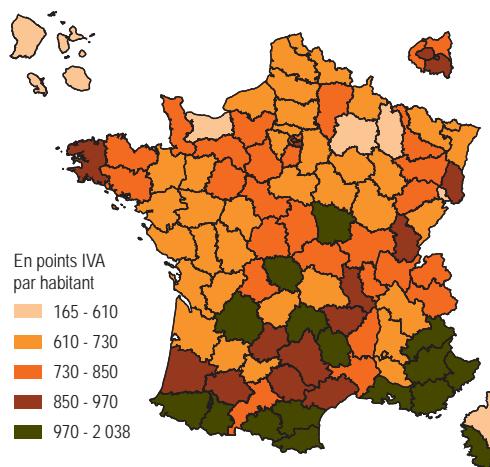


Champ • Soins de suite et de réadaptation, France métropolitaine et DOM, hors SSA.

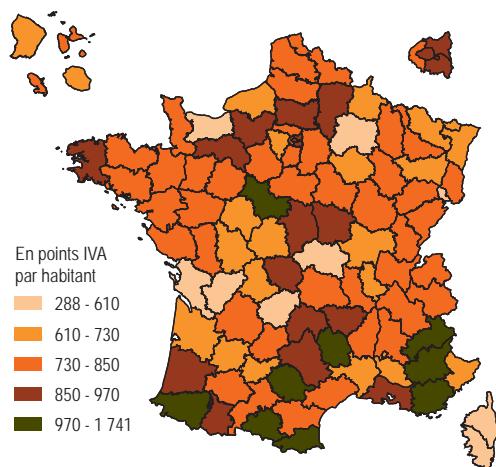
Sources • ATIH, PMSI-SSR, traitement DREES ; INSEE population par tranches d'âges.

CARTES 1A ET 1B ● Indicateur de consommation de soins de suite et de réadaptation observée et corrigée pour les départements de France métropolitaine et DOM en 2009

A - Consommation observée



B - Consommation corrigée de la structure démographique



Note • Les départements sont classés en cinq catégories. La classe médiane est centrée sur la moyenne nationale hors DOM des consommations de SSR par habitant (789 points IVA arrondis à 790). Les classes extrêmes regroupent les départements aux consommations de soins hospitaliers en SSR inférieures ou supérieures à la moyenne nationale de plus de 180 points IVA (écart type de la consommation observée). Pour chaque département, la consommation corrigée est la consommation théorique qui serait observée si le département avait la même structure démographique (âge, sexe) que la France métropolitaine et les DOM. Les départements aux couleurs les plus foncées ont une consommation de SSR par habitant plus forte que les autres après prise en compte de la structure par âge et sexe de leurs populations. Cette plus forte consommation ne peut en aucun cas s'interpréter comme une surconsommation, car plusieurs facteurs ne sont pas contrôlés, parmi lesquels la possibilité d'autres modes de prise en charge. Or, les effets de substitution entre les différents modes de prise de charge peuvent être importants au niveau local.

Champ • Soins de suite et de réadaptation France métropolitaine et DOM hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2009, traitement DREES ; INSEE estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2009.

8

Les grandes sources de données sur les établissements de santé

Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

• Description

Dès 1975, il existait une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés, renouvelée en 1985. La Statistique annuelle des établissements de santé en tant que telle a été mise en place en 1994 et refondue en 2000. Les objectifs de la refonte étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs et de tenir compte de la mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information - médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO). Depuis cette date, la SAE permet de rendre compte de l'organisation des soins, de caractériser de façon plus précise les établissements, de disposer d'indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation et d'avoir un recueil d'information homogène entre les secteurs public et privé.

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins¹. Sont également inclus les services pénitentiaires des établissements de santé et les établissements du service de santé des armées. En 2010, contrairement aux éditions précédentes, les données des établissements du service de santé des armées sont intégrées, dans les résultats présentés, sauf indication contraire. Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- identification, structure et organisation de l'établissement de santé ;
- équipements et activité ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

Les bordereaux sur les activités de soins sont articulés autour de quatre parties : capacités, activité, équipement et personnel. Les données déclarées par les établissements de santé sont mises à disposition sur le site de diffusion de la SAE (<http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>). Par ailleurs, certaines données peuvent faire l'objet de retraitements statistiques dans le cadre d'études.

• Le mode d'interrogation de la SAE

De manière générale, depuis la refonte de 2000, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour les établissements privés et au niveau des entités juridiques pour les établissements publics. 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, valable en particulier pour les établissements des trois Assurances Publiques) et, de manière plus fine, de certaines activités de soins comme la dialyse et les soins de suite et de réadaptation. 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.

1. Les activités de soins suivantes : assistance médicale à la procréation (AMP), transplantation et prélèvements d'organe font l'objet de recueils d'informations distincts et ne sont donc pas concernées.

2. www.atih.sante.fr

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

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous l'impulsion de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère chargé de la santé. Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation² (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). En 1993, apparaît un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR) qui sera obligatoire pour les établissements publics à partir de 1997 avant d'être généralisé en 2003. Mis en place en 2005, le PMSI-hospitalisation à domicile (HAD) est exploité par la DREES depuis le millésime 2006. Le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (après une première expérimentation) se met en place à partir de la fin 2006 (RIM-P).

Le PMSI-MCO

• Le recueil PMSI-MCO

Le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sex, 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 11b de la classification des GHM est utilisée dans cet ouvrage.

La nomenclature des GHM en V11b comportant près de 2 300 postes, des regroupements ont été effectués en utilisant une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à regrouper les GHM en « groupes d'activité », eux-mêmes regroupés en « groupes de planification » puis en « domaines d'activité ». Ces groupes tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (par exemple ophtalmologie, cardiologie, etc.) et de la nature de l'activité.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-MCO et la SAE

Le PMSI-MCO et la SAE sont appariés par la DREES afin d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains de ces écarts peuvent notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité MCO : certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, etc., n'y répondent pas.

Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements au PMSI-MCO. Du fait de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI au fil du temps, et tout particulièrement depuis la mise

en place de la tarification à l'activité en 2005, ce redressement n'est plus nécessaire.

- **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 (nouveau-nés restés près de leur mère). De légers écarts peuvent exister, en particulier du fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année, alors que le PMSI-MCO concerne les séjours terminés dans l'année.

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les données d'activité et les durées de séjour présentées ici proviennent du PMSI. Les durées moyennes de séjour sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de plus de un jour, hors nouveau-nés restés près de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogène avec la SAE.

Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus de un jour

Des différences sensibles existent, entre la SAE et le PMSI-MCO, dans les critères de répartition des séjours selon les différents modes d'hospitalisation et selon les différentes disciplines.

Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation : on parle d'« hospitalisation complète » lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à un jour (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins de un jour), et d'« hospitalisation partielle » quand elle mobilise une place autorisée pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie – chirurgie ambulatoire.

Dans le PMSI-MCO, le mode d'hospitalisation est défini par la durée constatée du séjour. Celle-ci est mesurée en faisant la différence entre la date de sortie et la date d'entrée. Si l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, alors la durée sera nulle et le séjour classé en « hospitalisation partielle » quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée d'au moins un jour sera classé en « hospitalisation complète ».

Classification des séjours selon les disciplines d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données pour la classification des séjours selon les disciplines d'équipement. Pour la répartition entre médecine et chirurgie, dans la SAE, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie ou obstétrique). Un séjour est « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, il est « médical » si le lit est catalogué en médecine. Ce classement est cohérent avec la logique de la SAE, qui est orientée vers l'analyse des moyens (facteurs de production) mobilisés pour un malade.

Le PMSI-MCO décrit, lui, les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affection se fera en sé-

jour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ».

Le PMSI-SSR

Le PMSI-SSR, apparié par la DREES avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation et de disposer chaque année, aux niveaux national et régional, d'une description des caractéristiques des patients.

Depuis le décret du 17 avril 2008, les conditions techniques de fonctionnement et d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ont évolué : on ne distingue plus les soins de suite de ceux de rééducation et de réadaptation mais une modalité unique d'activité SSR qui peut se développer dans le cadre de plusieurs prises en charge : d'une part les prises en charge spécialisées des conséquences fonctionnelles d'un certain nombre d'affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire,...) et, d'autre part, les prises en charge des populations (enfants, adolescents et les personnes âgées).

- **Le recueil PMSI-SSR**

Le PMSI-SSR recueille, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sex, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation). La morbidité est détaillée grâce au recueil de la finalité principale de prise en charge (FPPC), de la manifestation morbide principale (MMP), de l'affection étiologique (AE) et des diagnostics associés (DAS). La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les RHS dans l'un des 13 groupes de morbidité dominante (GMD), puis dans l'un des 279 groupes homogènes de journées (GHJ), clairement plus fin présentant une homogénéité médicale et économique. Les algorithmes qui orientent les RHS dans les GMD puis les GHJ examinent d'abord la finalité principale de prise en charge, la manifestation morbide principale et l'affection étiologique, puis l'âge, le caractère « classant » de la prise en charge, la morbidité dominante et enfin la dépendance.

La nomenclature utilisée pour le codage des variables de morbidité est la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'OMS, la classification commune des actes médico-techniques (CCAM) pour les actes médico-techniques et le catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CdARR) pour les actes de rééducation-réadaptation.

- **Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-SSR et la SAE**

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-SSR sont rapprochées de celles de la SAE afin d'améliorer la couverture du recueil. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation.

En 2010, certains établissements n'ont pas fourni un recueil valide du PMSI-SSR : le taux de couverture du PMSI est estimé à 97 %. Pour corriger cette non-réponse, un calage sur l'activité mesurée dans la SAE est réalisé par strate d'établissements (croisement du statut juridique, du type d'établissement et du département d'implantation). Ce redressement est nécessaire pour permettre la comparaison d'une année sur l'autre des niveaux d'activité.

Le recueil PMSI fournit des indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour. Dans le cas de l'hospitalisation complète, pour l'année considérée, le défaut de remplissage des jours de présence sur certaines séquences conduit à sous-estimer l'activité de l'établissement : les séquences incomplètes sont donc corrigées et des séjours complets sont reconstitués à partir des résumés de chaque semaine de prise en charge.

Au final, les résultats issus du PMSI-SSR présentés dans cette publication sont donc des données statistiques, c'est-à-dire pondérées afin de tenir compte de la non-réponse totale et de la non-réponse partielle des établissements.

• *Calcul des journées : les différences PMSI et SAE*

Comme avec le PMSI-MCO, des écarts peuvent exister au niveau de la mesure de l'activité, en particulier dus au fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année alors que le PMSI-SSR concerne les séjours terminés dans l'année.

Dans certains cas, le décompte des journées diffère entre les deux sources, notamment sur le jour de sortie de l'établissement d'hospitalisation en SSR : dans le cas du transfert d'établissement d'un patient ou dans le cas de la mutation d'un patient dans un service autre que SSR, le PMSI-SSR compte le jour du transfert ou de cette mutation à la fois dans l'unité de départ et dans l'unité d'accueil, alors que la SAE ne le compte qu'une fois. Par contre, le décompte est le même entre le PMSI-SSR et la SAE dans le cas de mutation de patients au sein du champ SSR dans la même structure hospitalière, en cas de décès du patient ou de son retour au domicile.

Le PMSI-HAD

• *Le recueil PMSI-HAD*

Le PMSI-HAD permet de mesurer l'activité des structures d'HAD et de disposer chaque année, aux niveaux national et régional, d'une description des caractéristiques des patients (sexe, âge et lieu de résidence), du diagnostic principal et des traitements prescrits lors du séjour. Les informations fournies déterminent le classement de chaque séjour dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC). À chaque GHPC est associée une pondération qui module le tarif journalier en HAD en fonction de la durée du séjour.

• *Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-HAD et la SAE*

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-HAD sont rapprochées de celles de la SAE par la DREES afin d'améliorer la couverture du recueil. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures pratiquant l'HAD : en 2010, la couverture du PMSI-HAD est quasi exhaustive à cinq établissements près. Par ailleurs, les structures ne fournissant pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale d'HAD. En outre, afin de corriger la non-réponse sur certaines variables, d'autres traitements sont effectués sur les caractéristiques individuelles, notamment sur les prises en charge liées à la périnatalité et les incohérences entre âge du patient et mode de prise en charge principal. Enfin les durées de séjour sont recalculées.

Le PMSI-psychiatrie (RIM-P)

Le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) mis en place par la DGOS et l'ATIH fournit une description médicale détaillée de l'activité d'hospitalisation et ambulatoire des établissements de santé pour leur activité de psychiatrie depuis 2007.

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).

• *Le système d'information des agents du secteur public*

Le système d'information des agents du secteur public (SIASP) est une déclinaison des DADS spécifique aux trois fonctions publiques. Ces données, produites par l'INSEE, sont exploitées par la DREES pour la fonction publique hospitalière (FPH). Le SIASP intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, notamment liés au statut de l'agent : grade, échelon, indice, etc. Ce fichier remplace les DADS pour toutes les données de salaires dans les hôpitaux publics à partir de 2008.

Les traitements dans la chaîne de production du fichier SIASP induisent une rupture de série sur les données de salaires préalablement observées à partir des DADS. La nomenclature des emplois hospitaliers (NEH) présente dans SIASP est une nomenclature statutaire de la FPH. Au même titre que la nomenclature des emplois territoriaux (NET) pour la fonction publique territoriale ou la nouvelle nomenclature des emplois (NNE) pour la fonction publique d'État, la NEH permet d'observer finement l'emploi et les salaires par corps, grades et catégories de la fonction publique hospitalière.

• *Concepts*

Poste : les postes ou emplois salariés, au sens des DADS, correspondent au nombre de personnes employées pour chacun des établissements tout au long de l'année. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts sont donc comptés plusieurs fois.

La notion de poste des DADS représente une période d'emploi d'un agent dans un établissement. Elle permet ainsi de recenser l'ensemble des personnes en emploi (hors intérimaires) au cours d'une année et surtout la durée de cette période d'emploi (nombre d'heures travaillées, début et fin de la période d'emploi, durée de la période d'emploi) dans l'année en cours. La durée de la période d'emploi sert de pondération dans le calcul du salaire moyen sur l'année des personnels à temps plein.

À partir de la notion de poste et des variables de durée, on peut construire des statistiques d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents le 31 décembre de l'année pour aboutir à une statistique d'effectif, soit en pondérant le nombre d'heures travaillées d'un poste par

la durée de travail réglementaire pour obtenir un volume d'activité en équivalent temps plein (ETP). Ainsi, la statistique de poste est de ce fait plus générale que les notions d'effectifs de la SAE et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si, par exemple, au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, on recensera deux postes (un dans chaque établissement) dans les DADS, mais au sens de la SAE, on recensera un seul emploi présent au 31 décembre dans le second établissement, 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).

Salaire net annuel moyen (SNA) : il est calculé à partir du salaire net fiscal disponible dans la DADS ou dans SIASP. Il est net de toutes cotisations sociales, y compris CSG (contribution sociale généralisée) et CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale). Il ne comprend pas les participations (qui ne sont pas imposables). Le salaire est calculé sur l'ensemble des postes, les effectifs étant convertis en équivalent temps plein (ETP) au prorata de leur durée de présence et de leur quotité travaillée. Les salaires sont convertis en ETP pour le calcul des moyennes. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 euros par an. Les moyennes sont obtenues en pondérant les salaires annualisés par l'ETP. Le salaire net annuel moyen correspond au salaire net versé par les établissements.

Les rapports d'activité de psychiatrie (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 chacune des structures de prise en charge de cet établissement. Une structure de prise en charge est définie par une adresse, une nature (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire) et un mode de prise en charge (psychiatrie générale ou infanto-juvénile). Dans ce cadre, les établissements ont la possibilité de regrouper ou non les différents services au sein d'une même structure, en fonction de leur organisation des prises en charge et de leur système d'information.

• Les informations fournies par le recueil

Les 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 suicidaire, lien avec la médecine générale.

Données comptables des établissements de santé

Les données comptables et financières des établissements de santé sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP) pour les entités juridiques des hôpitaux publics et par la COFACE pour les cliniques privées à but lucratif. Ces dernières déposent leurs liasses fiscales auprès des tribunaux de commerce.

Dans cette publication, et sauf mention contraire, les données sur les capacités, quelle que soit la discipline, et les données sur les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée sont issues de la SAE. Les données sur l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique et les caractéristiques des séjours sont, elles, issues du PMSI-MCO. Les séances ne sont pas comptabilisées dans l'activité en hospitalisation complète ou partielle, de même que les consultations externes.

SIGLES UTILISÉS

- AE** : affection étiologique
- AHU** : assistant hospitalier universitaire
- ALD** : affection de longue durée
- AME** : Aide médicale d'État
- ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance (des établissements de santé)
- AP-HM** : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
- AP-HP** : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
- ARS** : agence régionale de santé
- ASH** : agent de service hospitalier
- ATIH** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- AVQ** : activités de la vie quotidienne
- CA** : chiffre d'affaires
- CAF** : capacité d'autofinancement
- CCA** : chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux
- 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
- CHS** : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales
- CHU** : centre hospitalier universitaire
- CIM** : Classification internationale des maladies
- CLCC** : centre de lutte contre le cancer
- CLIN** : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
- CMC** : catégorie majeure clinique
- CMD** : catégorie majeure de diagnostic
- CMUC** : couverture maladie universelle complémentaire
- CPOM** : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CRDS** : contribution au remboursement de la dette sociale
- CREF** : contrat de retour à l'équilibre financier
- CSG** : contribution sociale généralisée
- CSP** : code de la santé publique
- DAC** : dotation annuelle complémentaire
- DADS** : Déclarations annuelles de données sociales
- DAF** : dotation annuelle de financement
- DAS** : diagnostic associé significatif
- DG** : dotation globale
- DGOS** : Direction générale de l'offre de soins
- DGFIP** : Direction générale des finances publiques
- DMI** : dispositifs médicaux implantables
- DMS** : durée moyenne de séjour
- DOM** : département d'outre-mer
- EBE** : excédent brut d'exploitation
- EHPA** : établissement d'hébergement pour personnes âgées
- EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EMSP** : équipe mobile de soins palliatifs
- ENEIS** : Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins en établissements de santé

ESPIC : établissement de santé privé, d'intérêt collectif
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
FPPC : finalité principale de prise en charge
GHJ : groupes homogène de journées
GHM : groupe homogène de malades
GHPC : groupe homogène de prise en charge
GHS : groupe homogène de séjours
GMD : groupe de morbidité dominante
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers
HO : hospitalisation d'office
HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires
HSC : hospitalisation sans consentement
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
ICALIN : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales
IN : infections nosocomiales
IRM : imagerie par résonance magnétique
IVA : indice de valorisation de l'activité
IVG : interruption volontaire de grossesse
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
MCU-PH : maître de conférence des universités - praticien hospitalier
MERRI : mission d'enseignement, recherche, référence et innovation
MIG : mission d'intérêt général
MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MMP : manifestation morbide principale
MSP : mission de service public
ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQN : objectif quantifié national
ORL : oto-rhinolaryngologie
PH : praticien hospitalier
PHU : praticien hospitalier universitaire
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
RIM-P : recueil d'information médicalisée en psychiatrie
RSS : résumé de sortie standardisé

SAE : Statistique annuelle des établissements
SAMU : service d'aide médicale urgente
SIASP : système d'information des agents du secteur public
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
SNA : salaire net annuel moyen
SPH : service public hospitalier
SROS : schéma régional d'organisation des soins
SSA : service de santé des armées
SSAD : service de soins et d'aide à domicile
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
T2A : tarification à l'activité
TJP : tarif journalier de prestation
USLD : unité de soins de longue durée
USP : unité de soins palliatifs

LE PANORAMA DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ - ÉDITION 2012

Dossiers

- L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008
- Mesure de la performance économique des établissements de santé
 - Les déterminants de la rentabilité des établissements de santé
 - Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficience entre 2003 et 2009

Fiches

- Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel
 - Données de cadrage
 - Médecine, chirurgie, obstétrique
 - Les plateaux techniques
 - Les « autres » disciplines hospitalières
 - Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière
 - La situation économique du secteur
 - Les grandes sources de données sur les établissements de santé
-



n° DICOM : 12-112

n° ISBN : 978-2-11-129986-3