

le panorama
des établissements
de *santé*

édition 2014



le panorama
des établissements
de *santé*

édition 2014

Le panorama des établissements de santé

édition 2014

Liste des auteurs des fiches et des dossiers

Sophie Alleaume, Bénédicte Boisguérin, Gwennaëlle Brilhault,
Fabienne Coquelet, Natacha Gualbert, Marie-Anne Le Garrec, Ingrid Lefebvre-Hoang,
Julien Loquet, Rémy Mas, Léa Mauro, Marie-Claude Mouquet, Jeanne Pages,
Layla Ricroch, Hélène Valdélière, Annick Vilain, Albert Vuagnat, Engin Yilmaz

Sous la coordination de
Bénédicte Boisguérin et Gwennaëlle Brilhault

Directeur de la publication
Franck von Lennep

Responsable d'édition
Carmela Riposa

Secrétaire de rédaction
Laurence Grivet

Composition et mise en pages
DREES

SOMMAIRE

LE PANORAMA DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ • ÉDITION 2014

AVANT-PROPOS	5
---------------------------	---

Dossiers

• Les conditions de travail dans les établissements de santé	9
• Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES	31
• Tarification à l'activité et réadmission	49

Fiches

1 • Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel	69
2 • Données de cadrage	81
• Les grandes catégories d'établissements de santé	82
• Les capacités d'accueil à l'hôpital	84
• L'activité en hospitalisation complète et partielle	86
• Les autres prises en charge hospitalières	88
• Emplois de médecins, dentistes, odontologues et pharmaciens	90
• Les internes dans les établissements de santé	92
• Personnels non médicaux salariés et sages-femmes	94
• Les salaires dans le secteur hospitalier	96
• Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités	98
3 • Médecine, chirurgie, obstétrique	101
• Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités	102
• Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle	104
• Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours	106
• La spécialisation en médecine	108
• La spécialisation en chirurgie	110
• La spécialisation en obstétrique	112
4 • Les plateaux techniques	115
• L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux	116
• L'équipement en imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif	118

5 • Les « autres » disciplines hospitalières	121
• L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé	122
• Les patients suivis en psychiatrie	124
• Les structures d'hospitalisation à domicile	126
• Les patients hospitalisés à domicile	128
• Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)	130
• La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)	132
• Les parcours de soins hospitaliers	134
6 • Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière	137
• La lutte contre les infections nosocomiales	138
• La naissance : les maternités	140
• La naissance : caractéristiques des accouchements	142
• La médecine d'urgence	144
• Les interruptions volontaires de grossesse	146
• Les achats 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 à but lucratif	154
• La situation économique et financière des établissements privés d'intérêt collectif	156
• La situation économique et financière des hôpitaux publics	158
8 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé	161
SIGLES	167

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 2012 qui sont présentées pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer, y compris Mayotte.

Cet ouvrage 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), pour 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 les sources mobilisées pour cette enquête.

À travers une quarantaine de fiches pédagogiques et synthétiques, accompagnées d'illustrations, de tableaux, de cartes et de graphiques, Le *Panorama des établissements* fournit les chiffres clés sur l'activité et les capacités, ainsi que sur 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 et la médecine d'urgence. Il présente 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 rapportées.

Cet ouvrage comporte aussi trois dossiers pour approfondir des questions structurelles et éclairer les mutations du monde hospitalier.

Le premier dossier présente les **conditions de travail dans les établissements de santé**. Les résultats permettent d'observer l'évolution des conditions de travail dans le secteur hospitalier, soumis à de nombreux changements ces dernières années. Ils dessinent un panorama inédit des risques psychosociaux dans le milieu hospitalier et dressent un état des lieux des différences des conditions de travail selon le statut de l'établissement.

Le deuxième dossier est consacré aux **Résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES auprès de l'ensemble des structures des urgences hospitalières le 11 juin 2013**. Il décrit en premier lieu les conditions d'arrivée des patients et leur parcours avant l'arrivée aux urgences ainsi que leur trajectoire au sein du service (prise en charge et examens réalisés, diagnostic posé, retour à domicile ou hospitalisation, etc.). Il présente ensuite les structures d'urgences hospitalières à travers une typologie statistique fondée sur leur organisation interne et leur équipement, en lien avec les caractéristiques de leur patientèle.

Le troisième dossier s'intéresse à la **tarification à l'activité et aux réadmissions** des séjours en chirurgie entre 2002 et 2012. L'étude analyse la réadmission sur la période qui précède la mise place de la tarification à l'activité (T2A) et celle qui fait suite à sa mise en place. Les résultats font apparaître une augmentation du risque de réadmission à trente jours après la sortie, observée au niveau global. Cette augmentation s'explique par le vieillissement de la population et surtout par des modifications de prise en charge de certaines pathologies, et non par l'introduction de la T2A.

Dossiers

1

Les conditions de travail dans les établissements de santé

Les conditions de travail dans les établissements de santé

Julien LOQUET, Layla RICROCH
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Les conditions de travail dans les établissements de santé sont particulières : contraintes de rythme de travail élevées, exposition à des produits dangereux, tensions avec le public, confrontation à la souffrance des patients. Les enquêtes sur les conditions de travail, réalisées depuis une décennie dans le milieu hospitalier, mettent toutefois en avant une diminution globale des contraintes de rythme et une stabilisation des contraintes horaires.

Le secteur hospitalier (public et privé) est soumis, comme l'ensemble de la société, à une informatisation croissante de l'environnement de travail, en particulier les professions qui en étaient plus traditionnellement éloignées. Cette informatisation croissante engendre de nouvelles contraintes de rythme par le suivi informatisé des processus. Par ailleurs, les tensions avec les patients ou leur famille s'accentuent, un phénomène qui n'est pas spécifique au monde hospitalier mais concerne tous les services en lien avec le public en général. Parallèlement à la hausse des tensions avec le public, les actions de soutien ou de coopération sur le lieu de travail se développent. On note également une stabilisation, voire une diminution des contraintes physiques.

Le cadre d'exercice du travail ou le travail lui-même est différent selon les professions exercées à l'hôpital, mais aussi selon le statut de l'établissement, public ou privé. Les salariés des établissements publics indiquent plus de nuisances environnementales, en particulier des inconvénients comme le mauvais état des sanitaires ou des températures trop élevées. La nouvelle enquête Conditions de travail permet d'établir aussi un état des lieux des risques psychosociaux auxquels sont confrontés les salariés du secteur hospitalier. Ils sont plus souvent exposés à ces risques que l'ensemble des salariés. Les infirmiers et sages-femmes semblent éprouver un plus grand mal-être au travail que leurs collègues : leur charge de travail est particulièrement élevée et les exigences émotionnelles sont nombreuses. Enfin, l'exposition aux risques psychosociaux ne semble pas dépendre du statut de l'établissement.

Le secteur hospitalier fait face à de nombreuses mutations. L'organisation du travail a été impactée par la réforme des 35 heures, mais aussi par des réformes spécifiques au milieu hospitalier comme la mise en place des pôles ou la tarification à l'activité (T2A). Les soignants s'occupent de malades plus nombreux mais qui restent moins longtemps (Mouquet et Oberlain, 2012). Ils font aussi face au vieillissement de la population et à des patients souffrant plus souvent de maladies chroniques. Pour mesurer les conséquences de ces multiples changements, plusieurs enquêtes sur les conditions de travail en général, et plus particulièrement dans le milieu hospitalier, ont été réalisées depuis une quinzaine d'années. Après vingt ans de dégradation tous secteurs confondus, les conditions de travail se sont stabilisées au début des années 2000 (Bué et al., 2007). Ces dernières années, l'intensification du travail semble cependant repartir à la hausse, même si les salariés signalent des possibilités de coopérations accrues avec leurs collaborateurs (Algava, 2014). Il faut toutefois noter que ce type de dégradation est indissociable des changements de perceptions des conditions de travail (Gollac, 1994).

Les dernières études sur l'organisation du travail dans le secteur de la santé ont pu être réalisées grâce à l'enquête Changements organisationnels et informatisation (COI-H) de 2006. Les spécificités du milieu hospitalier, où cohabitent des métiers aux profils très divers (personnels soignants, administratifs, techniques, agents de service, etc.), sont nombreuses. La continuité des soins engendre des contraintes pour les salariés : 80 % des médecins ou pharmaciens sont amenés à travailler au moins occasionnellement la nuit, il en va de même pour la moitié des infirmiers et des aides-soignants (Cordier, 2009). Ces contraintes sont surtout vraies pour le personnel soignant et médical : les cadres de direction ne sont que 6 % à devoir travailler occasionnellement la nuit. Les contraintes de rythme de travail sont également très élevées dans le secteur hospitalier, les délais pouvant être très courts avec des demandes exigeant des réponses immédiates.

En 2010, l'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer), réalisée avec le concours des médecins du travail, avait également mis en avant les caractéristiques spécifiques des conditions de travail des agents de la fonction publique hospitalière (FPH) : horaires atypiques plus fréquents, plus grande exposition aux produits chimiques ou

agents biologiques (les trois quarts des agents de la FPH étaient exposés à des agents biologiques contre un cinquième pour l'ensemble des salariés), morcellement des tâches et manque de moyens matériels adaptés et de collègues en nombre suffisant pour effectuer correctement le travail (Arnaudo et al., 2013). Enfin, les agents de la fonction publique hospitalière signalaient plus d'agressions verbales de la part du public (29 % contre 15 % du reste des salariés enquêtés), résultat à mettre en regard avec des contacts plus importants avec le public que l'ensemble des salariés.

Depuis ces dernières enquêtes, de nombreux changements sont venus reconfigurer le secteur hospitalier : tarification à l'activité, modifications organisationnelles avec la création des pôles d'activité, modernisation des établissements (plans hôpital 2007 et 2012), modifications de la gouvernance des hôpitaux et de l'organisation territoriale du système de santé (loi HPST de 2009). Dernièrement, à la suite du rapport sur « le pacte de confiance pour l'hôpital » (Couty, 2013), des concertations ont été engagées sur le service public hospitalier, le dialogue social et les ressources humaines, et sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, ce qui pourrait conduire à des évolutions futures des conditions de travail des personnels hospitaliers.

Face à ces changements récents auxquels s'ajoutent des rythmes de travail et des risques différents pour les personnels soignants, médicaux et administratifs comparés aux autres salariés, la nouvelle enquête Conditions de travail (CT), réalisée sur les années 2012 et 2013 (encadré 1), a été adaptée en suréchantillonnant les personnels hospitaliers (4 300 répondants), afin de couvrir l'ensemble du secteur (public et privé¹). Le but de cette enquête est de creuser plus finement les différences de conditions de travail telles qu'elles sont perçues par les salariés, à la fois selon la profession mais aussi selon le statut de l'établissement. Toutefois, ce n'est pas la première fois qu'une enquête sur les conditions de travail porte sur un échantillon important des professionnels de santé et permet d'étudier en détail les différences de conditions de travail dans le secteur hospitalier. L'enquête Conditions et organisation du travail des actifs en établissements de santé (COTAES), réalisée en 2003 par la DREES, portait sur 5 000 actifs des établissements de santé publics et privés et reprenait une partie importante du questionnement de l'enquête Conditions de travail (CT) de 1998. Il est ainsi possible, lorsque les questions sont

1. Nous dénommerons par l'appellation établissement privé les établissements privés qu'ils soient à but lucratif ou non.

strictement identiques, de comparer les deux enquêtes de 2003 et 2013, même si leur mode de collecte est différent (encadré 2). De plus, grâce au suréchantillonnage de l'enquête Conditions de travail de 2013 sur le secteur hospitalier, public et privé, on peut partitionner assez finement les professionnels de santé en plusieurs familles. On s'intéresse particulièrement aux différences qui pourraient exister au sein d'une même famille professionnelle selon le secteur de l'établissement, public ou privé. Entre les agents des hôpitaux publics et les salariés des hôpitaux privés, des différences sont en effet observées : ainsi, 27 % des personnels de la fonction publique hospitalière déclarent souvent travailler la nuit, contre 21 % de leurs homologues dans le privé (Arnaudo *et al.*, 2013), qui déclarent moins souvent être exposés aux situations pénibles (Le Lan, 2004). On adopte une partition suivant sept grandes familles professionnelles dans la suite de cette étude (encadré 1). Notons déjà que le secteur hospitalier privé emploie plus de femmes et plus de personnes de plus de 50 ans que les hôpitaux publics.

Après une comparaison avec les enquêtes précédentes lorsque les questions s'y prêtent, afin de juger de l'évolution des conditions de travail dans le secteur hospitalier ces dernières années, un état des lieux des différences de conditions de travail selon le statut de l'établissement sera établi. On s'attachera enfin à dresser un panorama inédit des risques psychosociaux dans le milieu hospitalier. Chaque collectif de travail subit en effet ses règles et ses contraintes. A priori, le secteur hospitalier cumule des risques importants (les personnels sont plus exposés aux risques chimiques et biologiques), des rythmes de travail soutenus et des exigences nombreuses, surtout de la part des patients.

Des conditions de travail qui s'améliorent depuis 2003

Les enquêtes COTAES de 2003, COI-H de 2006 et CT de 2013, toutes les trois menées par la DREES ou auxquelles la DREES a collaboré, permettent de comparer dans le temps les conditions de travail dans le secteur hospitalier (encadré 2). Elles traitent en particulier de l'intensité du rythme de travail et de ses contraintes, des horaires, de l'usage de l'informatique, des coopérations et tensions sur le lieu de travail et enfin des contraintes physiques. Sur ces thématiques, les divergences sont beaucoup plus apparentes entre les professions qu'entre les statuts des établissements où officie le salarié (public ou privé) [Le Lan, 2004 et 2005 ; Cordier, 2009]. Les analyses sont donc effec-

tuées dans un premier temps par famille professionnelle (telle que définie dans l'encadré 1) tous statuts confondus (public et privé). Une étude spécifique sur les conditions d'hygiènes du travail ou du lieu de travail, aspect plus longuement détaillé dans l'enquête 2013 que dans les enquêtes précédentes, est également réalisée selon les familles professionnelles et le statut d'établissement.

Les contraintes de rythme de travail ont globalement diminué dans le secteur hospitalier

Que les contraintes soient liées à la cadence automatique d'une machine ou au déplacement d'un produit, à des normes de production à respecter en une heure ou à un contrôle de la hiérarchie, le ressenti de ces contraintes pour les salariés du secteur hospitalier est moindre en 2013 qu'en 2003 (tableau 1). Ces évolutions contrastent quelque peu avec celles observées chez l'ensemble des salariés en France, qui ont plutôt vu ce type de contraintes de rythme s'accentuer sur la dernière décennie (Algava, 2014). Cependant, ces contraintes sont historiquement importantes à l'hôpital par rapport aux autres secteurs, et le restent encore aujourd'hui. À titre d'exemple, si la part des professionnels hospitaliers déclarant avoir un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus a fortement décrû (de 48 % en 2003 à 30 % en 2013), cette proportion est aujourd'hui encore significativement supérieure à celle de l'ensemble des salariés français (27 %) [Algava, 2014].

Parallèlement, la proportion de salariés du secteur hospitalier dont le travail dépend directement de leurs collègues ou qui est rythmé par les demandes exigeant des réponses immédiates est restée stable en dix ans. En revanche, le fait d'avoir un rythme de travail soumis aux contrôles informatiques s'est considérablement accru depuis 2006, pour s'établir à 41 % environ en 2013, soit 6 points de plus que pour l'ensemble des salariés tous secteurs confondus. La hausse est particulièrement prononcée pour les aides-soignants, les infirmiers et sages-femmes (+30 % en moyenne).

À l'exception du rythme de travail imposé par l'informatique, la diminution ou la stabilité des autres contraintes de rythme se concrétise par le nombre moins important de salariés déclarant devoir toujours ou souvent se dépêcher (passant de 68% à 64% entre 2003 et 2013, contre 46 % pour l'ensemble des salariés tous secteurs confondus) : les agents d'entretien sont ainsi 10 % de moins en 2013 à déclarer se dépêcher et les aides-soignants 5 % de moins, même si les infirmiers et

sages-femmes sont toujours aussi nombreux à exercer en urgence (environ 77 % en 2013). Le travail morcelé et la rotation interne au sein du service ont augmenté dans le secteur hospitalier entre 2003 et 2013 : 80 % des salariés du secteur hospitalier déclarent devoir fréquemment interrompre leur travail pour une autre tâche non prévue en 2013 (contre 72 % en 2003). La hausse la plus importante concerne les agents d'entre-

tien (66 % en 2013 après 53 % en 2003). Ce sont eux qui doivent le plus souvent changer de poste selon les besoins du service (27 % en 2013 après 13 % en 2003). Les salariés des établissements privés sont plus souvent soumis à des rythmes et des délais pour réaliser des tâches en moins d'une heure, et le constat reste valable à âge, sexe, famille professionnelle et taille d'établissement donnés. Les professionnels soignants

ENCADRÉ 1 ● L'enquête Conditions de travail 2013

Le dispositif d'enquête

Les enquêtes Conditions de travail sont organisées et exploitées par la DARES (ministère du Travail) depuis 1978. Elles sont renouvelées tous les sept ans et se réfèrent aux conditions de travail telles qu'elles sont perçues par les enquêtés.

Pour la première fois en 2013, l'enquête intègre une surreprésentation des trois versants de la fonction publique et du secteur hospitalier (public et privé), financée par la DGAFP (ministère de la Fonction publique) et la DREES (ministère de la Santé). Auparavant, le dispositif des enquêtes Conditions de travail ne couvrait que l'ensemble des secteurs concurrentiels de l'économie française (tous secteurs excepté les trois fonctions publiques).

L'enquête Conditions de travail vise à cerner au plus près le travail réel tel qu'il est perçu par le travailleur, et non pas le travail prescrit tel qu'il peut être décrit par l'entreprise ou l'employeur. Pour ce faire, l'enquête est réalisée à domicile en face à face. Les questions posées ne renvoient pas à des mesures objectives ni à des questions d'opinion sur le travail, mais à une description concrète du travail, de son organisation et de ses conditions, selon divers angles : la prescription, les marges de manœuvre, la coopération, les rythmes de travail, les efforts physiques ou les risques encourus. Les questions sont aussi factuelles que possible.

Pour toutes les questions ayant trait aux pénibilités physiques ou psychiques du travail, la référence à des seuils chiffrés a été volontairement évitée. C'est l'appréciation de la personne enquêtée que l'on recueille, qu'il s'agisse d'efforts physiques, d'exposition aux températures extrêmes, de risques d'erreurs ou d'intensité du travail.

L'édition 2013 de l'enquête s'est également attachée à approfondir les questions consacrées aux risques psychosociaux. L'enquête cherche, en effet, à aborder l'ensemble des dimensions proposées par le collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail qui, dans son rapport final de 2011, propose un grand nombre d'indicateurs organisés en six dimensions : intensité du travail et temps de travail, exigences émotionnelles, autonomie, rapports sociaux au travail, conflits de valeur et insécurité de la situation de travail. Une partie de ces questions a été « auto-administrée » à la fin du questionnaire en face à face, c'est-à-dire remplies par l'enquêté qui reporte lui-même ses réponses sur l'ordinateur, l'enquêteur n'en ayant pas connaissance. Il s'agissait des questions les plus délicates (comportements hostiles subis dans le travail, santé mentale), pour lesquelles cette méthodologie permet d'éviter les éventuels biais liés à l'interaction enquêté-enquêteur.

Enfin, à l'occasion de l'enquête 2013, le dispositif a été complété par un volet « Établissements », afin d'interroger les établissements qui emploient les salariés interrogés et permettre des analyses couplant la réponse des salariés avec celle de leur employeur. Ce volet, qui n'était pas encore disponible pour la réalisation de la présente étude, fera l'objet d'exploitations complémentaires sur le secteur hospitalier. Il permettra notamment d'approfondir le lien entre les conditions de travail perçues par les salariés et les caractéristiques de l'établissement de santé (gestion du personnel, organisation du travail, politiques de prévention des risques psychosociaux, etc.).

Champ de l'enquête dans le secteur hospitalier

Pour cette première édition de l'enquête Conditions de travail surreprésentée dans le secteur hospitalier, l'échantillon comporte environ 4 300 répondants sur ce champ.

Les salariés interrogés travaillent dans des établissements de santé publics ou privés. Dans le public, les personnels des centres hospitaliers, centres hospitaliers régionaux ou centres hospitaliers universitaires, ont été échantillonnés (environ 2 750 répondants). Dans le privé, l'enquête échantillonne les salariés des établissements de santé à but lucratif et à but non lucratif (environ 1 550 répondants), il s'agit d'établissements dont l'activité est hospitalière, principalement des cliniques privées et des établissements de santé privés d'intérêt collectif. En revanche, les personnels médicaux libéraux ne sont pas interrogés, l'enquête porte donc sur un

non médicaux du privé sont aussi plus souvent soumis à la cadence automatique d'une machine, et les infirmiers en particulier sont plus soumis à des obligations par des contraintes techniques ou encore par un contrôle ou suivi automatisé. Ces différences de contrainte de rythme dues à des éléments dits « techniques » peuvent s'expliquer par la différence d'activités entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. Ainsi,

74 % des hospitalisations partielles (de moins d'un jour) en chirurgie se déroulent dans un établissement privé. La prédominance du bloc opératoire dans les établissements privés, avec son rythme et sa division des tâches importante (Gheorghiu et Moatty, 2013), ainsi que l'importance des hospitalisations partielles dans ce secteur (la moitié des séjours de chirurgie se font en ambulatoire dans les établissements privés, contre

•••

effectif réduit de médecins dans le secteur privé lucratif où ils interviennent le plus souvent en libéral¹. Cet échantillon d'individus, tiré dans les déclarations annuelles de données sociales (DADS) et le système d'information sur les agents des services publics (SIASP), est redressé à partir d'informations connues sur l'ensemble des individus appartenant à ces établissements (profession, âge, sexe, etc.) afin qu'il soit représentatif des salariés de ce champ.

Répartition des salariés se trouvant dans le champ de l'enquête Conditions de travail 2013 par statut de l'établissement et famille professionnelle

Dans la présente étude, afin d'analyser les différences des conditions de travail vécues par les professionnels de santé, on choisit d'adopter une décomposition par grande famille professionnelle qui permet de former des sous-échantillons d'individus de taille assez importante pour exhiber des proportions significatives. Cette décomposition repose sur la classification en familles professionnelles (ou FAP) élaborée et mise à jour par la DARES depuis une vingtaine d'années. Elle facilite notamment la comparaison avec d'autres enquêtes sur les conditions de travail à l'hôpital menée par la DREES en 2003 et 2006 (encadré 2).

La répartition des familles professionnelles est très proche entre établissements publics et privés (tableau), la catégorie regroupant infirmiers et sages-femmes représentant notamment près du tiers des effectifs quel que soit le statut. Il faut toutefois mentionner la spécificité des médecins salariés dans les cliniques privées, qui sont peu nombreux à y exercer (12 % en 2012), les médecins pratiquant dans ces structures étant majoritairement des libéraux (cf. dans cet ouvrage la fiche « Emplois de médecins, dentistes, pharmaciens et infirmiers »).

Familles professionnelles ¹	Ensemble		Public				Privé			
	Effectifs bruts	En pourcentage pondéré	Effectifs bruts	En pourcentage pondéré	Part des femmes (en %)	Part des 50 ans ou plus (en %)	Effectifs bruts	En pourcentage pondéré	Part des femmes (en %)	Part des 50 ans ou plus (en %)
Agents d'entretien ²	454	10,5	287	10,5	70,6	27,2	167	10,8	85,0	43,4
Aides soignants	988	23,8	663	23,5	85,3	26,5	325	24,8	87,5	36,6
Infirmiers, sages-femmes ³	1320	29	838	28,9	87,2	23,8	482	29,5	88,7	25,3
Médecins et assimilés ⁴	274	8,9	198	10,2	40,6	34,1	76	4,7	53,2	59,9
Professions paramédicales ⁵	364	8,2	222	7,3	78,4	27,8	142	10,9	76,3	22,5
Professions administratives ⁶	582	11,7	370	12,4	81,7	41,0	212	9,5	87,4	35,7
Autres professions ⁷	345	7,9	182	7,2	32,1	31,2	163	9,8	51,1	32,7
Ensemble	4 327	100	2 760	100	74,9	28,8	1 567	100	81,2	33,1

1. Classification FAP 2009 de la DARES.

2. Agents d'entretien des locaux, agents de service hospitalier, ouvriers de l'assainissement et du traitement des déchets.

3. Les sages-femmes sont regroupées avec les infirmiers dans la classification FAP de la DARES. Bien qu'il s'agisse d'une profession médicale contrairement aux infirmiers, avec des compétences particulières (suivi de grossesse, accouchements), leur effectif trop faible dans l'échantillon de l'enquête Conditions de travail 2013 ne permet pas de les étudier à part. Nous avons donc choisi de les maintenir avec les infirmiers dans cette classe, dont elles ne représentent qu'une très faible part (4 %).

4. Médecins et pharmaciens salariés.

5. Techniciens médicaux, spécialistes de l'appareillage médical, psychologues, éducateurs spécialisés, etc.

6. Agents et cadres administratifs.

7. Principalement des conducteurs ambulanciers, des agents de sécurité, des cuisiniers et des travailleuses familiales.

Champ • Salariés du secteur hospitalier.

Sources • Enquête CT 2013, DARES, DGAFF, DREES ; SIASP-DADS 2010.

1. Parmi les médecins qui exercent dans le privé lucratif à l'hôpital, 12 % sont salariés.

30 % des séjours dans les établissements publics) engendrent des contraintes de rythme différentes pour les infirmiers qui y travaillent, comparativement à leurs collègues de l'hôpital public.

Les contraintes horaires se stabilisent, mais restent majoritairement imposées dans le secteur hospitalier

En 2013, 70 % des salariés du secteur hospitalier déclarent travailler le samedi, 64 % le dimanche et 33 % la nuit (entre minuit et cinq heures du matin). La proportion est relativement stable par rapport à 2006 et 2003. Ces contraintes sont surtout mentionnées par le personnel médical, les infirmiers et sages-femmes et les aides-soignants. Dans son ensemble, le secteur hospitalier se distingue nettement de l'ensemble des autres secteurs économiques, où environ la moitié

des salariés travaillent le samedi, 30 % le dimanche et 16 % la nuit en 2013 (Algava, 2014). Parallèlement, environ 60 % du personnel médical est soumis à des astreintes² en 2013 (soit une hausse de 10 points par rapport à 2003). Cette contrainte concerne aussi, dans une moindre mesure, les infirmiers et sages-femmes, qui sont 14 % à déclarer des astreintes (10 % en 2003). S'agissant des heures supplémentaires, environ 30 % des salariés du secteur hospitalier travaillent au-delà de l'horaire prévu tous les jours ou toutes les semaines, en 2013 ; leur nombre était le double en 2003 (70 %) et 2006 (66 %) [graphique 1]. Plusieurs explications peuvent être avancées : en 2002-2003, le passage aux 35 heures hebdomadaires ne s'est pas accompagné d'une diminution de la charge de travail et les salariés à l'hôpital ont eu recours massivement aux heures supplémentaires pour mener à bien leurs tâches et

ENCADRÉ 2 ● Comparaisons avec les enquêtes DREES : COTAES 2003 et COI-H 2006

En 2003 et 2006, la DREES a mené des enquêtes sur les conditions de travail dans les établissements de santé. Des questions communes à l'enquête Conditions de travail 2013 permettent de dresser des évolutions sur dix ans.

Les dispositifs d'enquêtes

L'enquête Conditions et organisation du travail des actifs en établissements de santé (COTAES 2003) a interrogé environ 4 700 salariés des établissements de santé publics et privés en 2003. Les questions posées dans l'enquête, tout comme l'enquête Conditions de travail 2013, portent sur la description des conditions de travail des salariés, description qui se veut la plus objective possible. De nombreuses questions de l'enquête COTAES 2003 ont été reprises à l'identique de celles issues du dispositif plus général des enquêtes Conditions de travail de la DARES dont fait partie l'enquête Conditions de travail 2013. Pour ces questions, des évolutions sur dix ans sont retracées avec l'enquête de 2013. D'autres questions, traitant des notions communes aux deux enquêtes mais couvrant des champs non comparables du fait de différences dans leur formulation, ne feront pas l'objet de comparaisons (voir *infra*).

L'enquête Changements organisationnels et informatisation dans le secteur hospitalier 2006 (COI-H 2006), pour laquelle environ 1 400 salariés ont été interrogés en 2006, s'est également intéressée aux conditions de travail des salariés des établissements de santé publics et privés. Certaines questions ont aussi été reprises du dispositif des enquêtes Conditions de travail et font également l'objet de comparaisons 2003-2006-2013 lorsque cela est possible.

Les comparaisons temporelles doivent être considérées avec précaution

Les conditions d'interrogation des salariés ne sont pas les mêmes dans les trois enquêtes.

L'enquête COTAES 2003 a été réalisée par téléphone au lieu de domicile des enquêtés, tandis que l'enquête COI-H 2006 a été réalisée par téléphone au lieu de domicile des enquêtés ou en face à face lorsque les coordonnées téléphoniques n'étaient pas disponibles. L'enquête Conditions de travail 2013 a, quant à elle, été réalisée entièrement en face à face au domicile. Des biais d'interrogation peuvent donc exister entre les trois dispositifs.

Par ailleurs, il peut également exister des risques de biais sur les réponses, liés notamment à l'ordre des questions et sous-questions ou encore à des différences de formulation, même légères. Ainsi, les questions « Votre rythme de travail vous est-il imposé par des délais de production ou des normes de production à respecter en une heure au maximum ? » (COI-H 2006) ; « Votre rythme de travail vous est-il imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus ? » (COTAES 2003 et CT 2013) présentent des résultats assez différents, avec des pourcentages de « oui » dans les questions COTAES 2003 et CT 2013 plus élevés que dans la question COI-H 2006. En effet, la question de 2006 interrogeait la notion de « délais de production » alors qu'en 2003 ou 2013, il s'agit de « délais » qui couvrent tous les travaux, de production ou non.

2. Le personnel d'astreinte a l'obligation de rester à proximité de son domicile pour pouvoir rejoindre rapidement l'hôpital.

TABLEAU 1 ● Évolution des contraintes sur le rythme de travail et l'intensité du travail

Ensemble des salariés (pourcentage de salariés concernés)	2013	2003	2006	2013	2003	2006	2013	2003	2006	2013	2003	2006	2013	2003	2006	2013	2003	2006	2013	2003	2006	2013	2003	2006	2013	2003	2006	2013	
Rythme de travail imposé par...																													
le déplacement automatique d'un produit ou la cadence d'une machine*	10,9	22,5	6,8	7,5	29,3	11,1	17,9	21,8	5,0	6,5	22,3	6,6	4,8	11,3	3,3	2,7	31,1	15,8	8,5	16,0	0,2	3,4	26,4	12,8	17,5				
d'autres contraintes techniques	17,3	39,5	nd	18,4	38,9	nd	22,6	34,1	nd	18,0	44,8	nd	20,1	34,9	nd	16,1	41,9	nd	20,7	35,6	nd	8,5	47,3	nd	22,2				
la demande immédiate vis-à-vis des collègues**	29,6	47,0	43,6	42,7	45,7	41,0	39,0	53,7	49,3	47,1	53,3	49,9	49,1	49,2	47,6	40,2	36,7	37,5	40,5	34,0	30,8	31,4	36,4	29,3	33,2				
une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate	57,6	59,9	53,1	63,5	48,6	41,2	47,3	59,5	56,6	61,4	69,7	58,6	70,5	64,9	66,8	66,8	56,2	43,9	61,7	60,2	54,6	70,8	41,3	28,3	53,0				
des normes de production ou des délais à respecter en une heure	27,2	47,6	nd	30,0	53,3	nd	34,5	51,0	nd	32,0	48,1	nd	31,4	34,8	nd	22,3	43,5	nd	29,8	41,7	nd	22,4	49,7	nd	32,5				
des contrôles hiérarchiques permanents ^s	31,5	47,5	34,6	35,3	56,5	32,7	41,5	55,9	41,0	40,0	49,4	38,0	41,8	22,9	23,7	20,4	34,8	44,6	24,2	36,5	18,1	24,9	48,4	36,8	33,0				
un contrôle ou un suivi informatisé	35,2	nd	11,7	41,2	nd	9,3	24,3	nd	4,0	45,7	nd	9,8	45,2	nd	15,5	35,8	nd	16,5	47,6	nd	22,6	39,5	nd	17,2	37,4				
Intensité du travail																													
devoir toujours ou souvent se dépêcher	46,4	68,5	nd	64,1	63,2	nd	51,9	72,8	nd	67,4	77,7	nd	76,8	69,7	nd	63,7	55,0	nd	48,6	61,9	nd	57,1	51,5	nd	51,1				
devoir fréquemment interrompre une tâche pour une autre non prévue	64,3	71,8	nd	78,7	53,1	nd	66,3	73,7	nd	81,2	80,2	nd	84,9	76,1	nd	77,0	57,7	nd	68,1	77,9	nd	88,3	64,7	nd	63,9				
changer de poste en fonction des besoins du service	23,1	10,4	nd	18,9	13,4	nd	27,2	8,5	nd	20,7	9,3	nd	16,6	9,4	nd	17,6	12,6	nd	15,1	11,1	nd	17,0	12,3	nd	19,3				

nd : non disponible ou non comparable

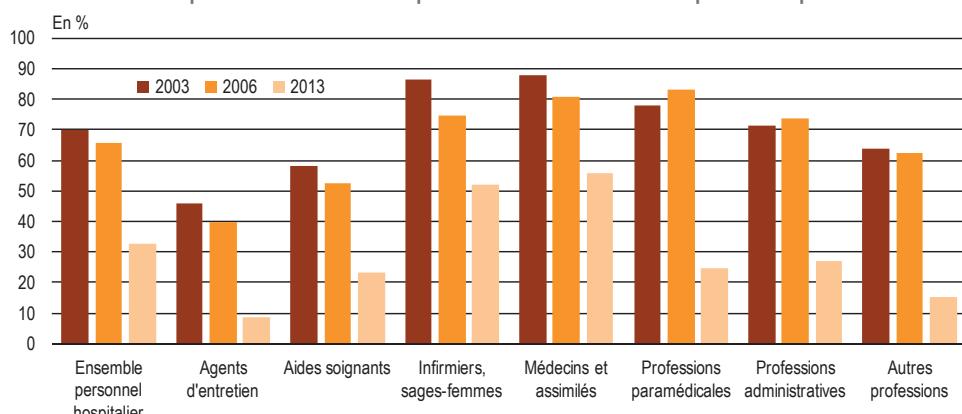
* L'évolution 2006-2013 est considérée comme stable, car les intervalles de confiance à 95 % associés aux proportions de répondants sur les deux années se recoupent.

** Les évolutions 2003-2006-2013 sont considérées comme stables, car les intervalles de confiance à 95 % associés aux proportions de répondants sur les trois années se recoupent.

Champ • Salariés du secteur hospitalier.

Sources • Enquêtes CT 2013, COI-H 2006 ET COTAES 2003, DARES, DREES, DGAFP, INSEE.

GRAPHIQUE 1 • Les dépassements d'horaires quotidiens ou hebdomadaires par famille professionnelle



Note • Les questions ont varié entre 2003, 2006 et 2013. Toutefois, ces modifications ne pourraient expliquer l'importance de l'évolution constatée.

En 2003, la question est : «Vous arrive-t-il de travailler certains jours ou certaines semaines plus longtemps que l'horaire habituel ? (Oui/non)». En 2006, la question est : «Vous arrive-t-il de travailler au-delà de la durée habituelle ? (Fréquemment/Occasionnellement/Jamais ou presque)». En 2013, l'interrogation est : «Vous arrive-t-il de travailler au-delà de l'horaire prévu ? (Tous les jours/Souvent/Parfois/Jamais).

Champ • Salariés du secteur hospitalier.

Sources • Enquêtes CT 2013, COI-H 2006 ET COTAES 2003, DARES, DREES, DGAFP, INSEE.

compenser la réduction du temps de travail. Jusqu'en 2007 (plan hôpital), malgré l'informatisation du temps de travail, les pratiques n'ont pas changé et ce phénomène de dépassements horaires s'est poursuivi. À partir de 2008, le passage à la T2A a pu inciter les établissements de santé à surveiller de manière plus rigoureuse les heures supplémentaires par le biais de politiques de rationalisation de l'activité, une meilleure formation des cadres à la gestion des plannings et une optimisation de la durée du travail (mise en place de cycles de travail, amélioration des chevauchements de plannings, favorisation du travail en équipe). Toutes ces mesures ont réduit les dépassements horaires. On peut, par ailleurs, ajouter que l'abrogation de la défiscalisation des heures supplémentaires, intervenue en 2012, a pu également inciter les salariés à effectuer moins de dépassements. Enfin, on constate que ces dépassements horaires sont moins souvent compensés qu'auparavant : en 2013, 60 % des individus effectuant des heures supplémentaires déclarent en avoir fait compenser une partie ou la totalité en repos ou en salaire, alors qu'ils étaient 76 % en 2006.

Compte tenu de la complexité de la mise en place des plannings des personnels du secteur hospitalier (travail de jour, de nuit, le week-end), 77 % d'entre eux déclarent que leurs horaires de travail sont déterminés par l'établissement sans possibilité de modifica-

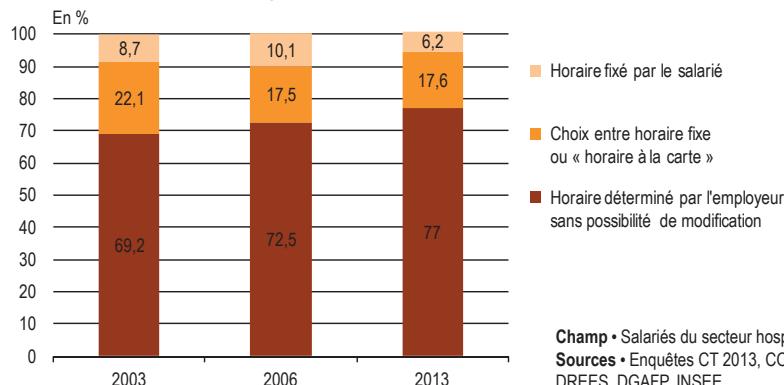
tion (73 % en 2006 et 69 % en 2003) [graphique 2]. Cette hausse s'est faite au détriment de la proportion de salariés libres de choisir leurs horaires (seulement 6 % en 2013), tandis que la proportion de salariés pouvant choisir entre horaires fixes et horaires à la carte est restée stable en dix ans. La majorité des agents d'entretien ou des aides-soignants (93 %) n'ont pas la possibilité de modifier leurs horaires, imposés par l'établissement ; ils sont suivis par les infirmiers et sages-femmes (80 %). En revanche, 30 % des médecins salariés et assimilés peuvent encore, en 2013, les fixer librement (ils étaient 44 % en 2003).

L'usage de l'informatique est en nette hausse dans le secteur hospitalier, le personnel administratif reste le plus gros utilisateur

En 2013, 83 % des salariés du secteur hospitalier utilisent l'informatique dans leur travail (après 73 % en 2006 et 52 % en 2003)³. C'est le personnel administratif (98 % en 2013) qui est le plus gros utilisateur, suivi des médecins salariés, des infirmiers et sages-femmes (environ 95 %). Alors que le personnel administratif a toujours utilisé l'informatique, les médecins salariés, les infirmiers et sages-femmes ont beaucoup développé cette utilisation ces dix dernières années (77 % des médecins salariés et 63 % des infirmiers et sages-femmes utilisaient l'informatique en 2003). Cette hiérarchie se retrouve dans la quantification du

3. Afin de rendre la comparaison temporelle la plus pertinente possible, les usages d'Internet, des boîtes de messagerie et de l'intranet n'ont pas été comptés en 2013 ou en 2006, car cela n'existe pas dans le questionnaire de 2003.

GRAPHIQUE 2 ● Les différents types d'horaires



Champ • Salariés du secteur hospitalier.

Sources • Enquêtes CT 2013, COI-H 2006 ET COTAES 2003, DARES, DREES, DGAFP, INSEE.

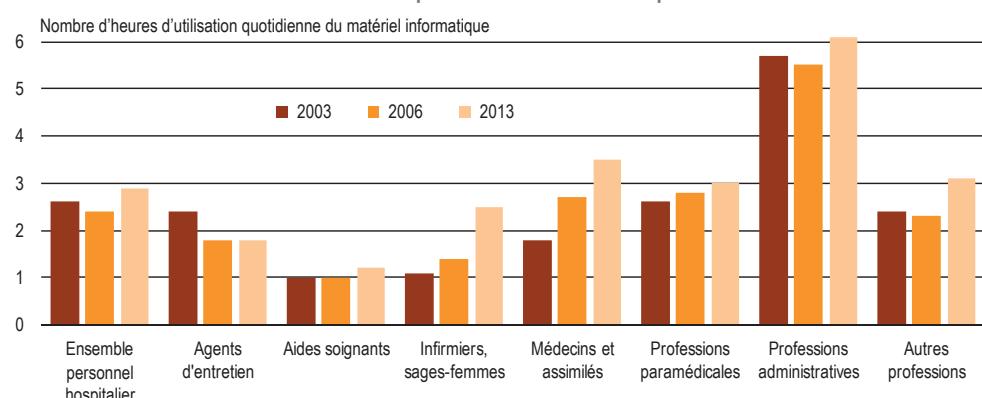
nombre d'heures quotidiennes passées sur ordinateur : elle est de six heures en moyenne pour les professions administratives contre trois heures pour l'ensemble des salariés du secteur hospitalier. Les infirmiers et sages-femmes ainsi que les médecins salariés et assimilés ont vu croître leur nombre d'heures quotidiennes d'utilisation de l'informatique en dix ans (+1h30 en moyenne) [graphique 3].

Les tensions avec le public se sont accrues, mais le soutien social et la coopération se sont aussi développés

Si les tensions avec les collègues ou la hiérarchie ont diminué entre 2003 et 2013 quelle que soit la profession du salarié dans le secteur hospitalier, la proportion de salariés ayant des rapports tendus avec le public (patients ou accompagnants par exemple) a augmenté, en particulier pour les professions les plus exposées : les agents d'entretien (19 % en 2003, 32 % en 2013),

les aides-soignants (43 % en 2003, 56 % en 2013) et les infirmiers et sages-femmes (54 % en 2003, 66 % en 2013) [tableau 2]. Parallèlement, le soutien apporté par les collègues a légèrement augmenté (93 % des salariés des hôpitaux déclarent être aidés par leurs collègues en cas de travail compliqué, après 91 % en 2003). Cette proportion est d'ailleurs nettement plus élevée que dans les autres secteurs de l'économie (79 % en 2013), signe que l'entraide entre collègues reste un trait caractéristique fort de l'hôpital. La possibilité de coopérer ou d'avoir suffisamment de collaborateurs pour effectuer son travail correctement s'est aussi parallèlement accrue. D'ailleurs, 89 % des salariés des hôpitaux ont l'occasion d'aborder collectivement les questions d'organisation du travail en 2013 – y compris les professions les moins qualifiées comme les agents d'entretien (85 %) – alors qu'ils n'étaient que 82 % en 2003 dans ce cas.

GRAPHIQUE 3 ● Quantification de l'utilisation quotidienne de l'informatique



Champ • Salariés du secteur hospitalier.

Sources • Enquête CT 2013, COI-H 2006 ET COTAES 2003, DARES, DREES, DGAFP, INSEE.

TABLEAU 2 ● Tensions et relations sociales sur le lieu de travail

	Ensemble des salariés	Ensemble personnel hospitalier		Agents d'entretien		Aides-soignants		Infirmiers, sages-femmes		Médecins et assimilés		Professions paramédicales		Professions administratives		Autres professions	
(pourcentage de salariés concernés)	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013
Tension sur le lieu de travail																	
avec le public	30,7	37,7	50,0	19,0	31,8	43,4	55,9	53,8	66,4	49,0	53,7	34,4	37,9	23,7	36,5	11,1	24,6
avec la hiérarchie	27,0	39,0	33,9	31,4	25,7	40,2	30,6	45,8	40,2	34,1	34,8	41,1	37,5	34,3	30,0	32,5	32,5
avec les collègues	22,6	31,6	30,6	30,2	35,3	32,1	30,9	34,8	32,4	35,8	30,9	32,8	30,2	25,3	26,9	27,5	22,1
Soutien social et coopération																	
être aidé en cas de travail compliqué par :																	
la hiérarchie	65,5	67,7	61,6	61,6	54,6	73,1	70,4	67,4	57,4	51,9	58,5	65,7	59,1	72,5	67,0	65,8	58,1
les collègues	79,4	91,0	92,8	84,4	88,3	95,4	96,7	95,6	96,0	87,7	93,3	86,6	90,5	87,6	85,9	82,7	86,7
discussions collectives sur les questions d'organisation du travail	78,7	82,4	88,7	69,0	84,9	84,9	90,5	88,4	92,9	90,5	83,2	88,2	89,0	76,8	86,8	74,5	81,2
avoir pour effectuer son travail correctement la possibilité de coopérer ou suffisamment de collaborateurs	92,8	92,1	95,9	89,0	90,9	94,4	95,5	92,7	96,7	92,9	99,5	91,6	95,5	90,8	96,6	90,7	96,3

Champ • Salariés du secteur hospitalier.

Sources • Enquêtes CT 2013, COTAES 2003, DARES, DREES, DGAFF, INSEE.

Les contraintes physiques ont diminué ou se sont stabilisées

Entre 2003 et 2013, les personnels hospitaliers déclarent moins de contraintes physiques (tableau 3). Si certains inconvenients physiques, comme devoir rester longtemps debout ou porter des charges lourdes, se sont stabilisés pour chaque famille professionnelle, d'autres contraintes physiques diminuent quel que soit le métier. Ainsi, les salariés du secteur hospitalier sont moins nombreux en 2013 (-11 points) par rapport à 2003 à déclarer devoir effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents. De même, les difficultés liées aux mouvements douloureux ou fatigants ont diminué de 11 points, réduction qui est particulièrement ressentie par les infirmiers et sages-femmes ainsi que par les médecins salariés et assimilés (respectivement -13 points et -22 points). Pour les agents d'entretien, les aides-soignants, les infirmiers et sages-femmes, même si les contraintes physiques diminuent, la proportion de salariés concernés reste encore très élevée, en particulier du fait de la spécificité de leurs métiers (tâches d'entretien, assistance aux malades).

Les contraintes visuelles ont également fortement reculé dans le secteur hospitalier. Ce mouvement ne se retrouve pas dans les autres secteurs de l'écono-

mie où ces contraintes, si elles demeurent beaucoup moins fréquentes que dans le secteur hospitalier, ont eu plutôt tendance à augmenter sur la période⁴. Ainsi, presque toutes les familles professionnelles du secteur hospitalier ressentent moins fréquemment qu'en 2013 des difficultés pour déchiffrer des écrits, objets ou signaux⁵. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette évolution. D'une part, la diffusion de l'informatique au détriment de l'écrit a permis une meilleure lisibilité des documents, d'autre part, les matériels informatiques se sont eux-mêmes améliorés (écrans d'ordinateurs plus grands, avec une meilleure résolution, impression de meilleure qualité, etc.). Enfin, la diffusion de l'informatique dans la vie professionnelle et personnelle a pu changer les habitudes de perception de ce que la majorité des personnes considèrent comme petit.

Des nuisances environnementales un peu plus marquées dans les établissements publics...

Dans le secteur hospitalier, les agents d'entretien subissent le plus souvent un milieu de travail à l'hygiène ou aux conditions dégradées (tableau 4). Ils sont 24 % à travailler dans un lieu qui présente de l'humidité et 48 % à subir des courants d'air, contre respectivement 12 % et 32 % pour l'ensemble des salariés des

4. D'après une comparaison des enquêtes Conditions de travail 2005 et 2013.

5. Il s'agit en particulier des difficultés liées au fait de devoir lire des lettres ou des chiffres de petites tailles, mal imprimés ou mal écrits ; de devoir examiner des objets petits ou des détails fins ; de devoir faire attention à des signaux visuels ou sonores brefs, imprévisibles ou difficiles à détecter.

TABLEAU 3 ● Contraintes physiques dans les hôpitaux et les cliniques privées

	Ensemble des salariés	Ensemble personnel hospitalier		Agents d'entretien		Aides-soignants		Infirmiers, sages-femmes		Médecins et assimilés		Professions paramédicales		Professions administratives		Autres professions	
(pourcentage de salariés concernés)	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013
Contraintes physiques																	
rester longtemps debout*	50,1	73,4	70,1	90,5	89,4	96,0	94,4	85,5	81,2	63,1	54,1	54,0	50,0	8,9	7,2	77,3	62,1
effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents	34,4	73,4	61,5	84,8	70,3	89,3	79,4	82,8	69,3	61,7	37,3	59,5	54,4	31,9	23,7	68,9	58,1
devoir porter ou déplacer des charges lourdes*	40,8	67,6	62,4	80,0	76,1	91,8	87,3	75,7	72,8	27,3	18,5	48,4	47,6	22,8	18,6	72,5	60,2
effectuer des mouvements douloureux	36,9	68,3	56,8	83,6	73,7	93,0	85,6	77,2	63,6	35,5	13,5	45,8	33,1	18,8	19,6	69,2	50,7
Contraintes visuelles et sonores																	
lire des lettres ou des petits chiffres	34,9	51,4	42,1	33,0	23,7	46,1	34,0	63,4	52,1	59,3	48,9	41,4	40,1	62,9	53,8	35,5	31,7
examiner des objets très petits	19,3	36,9	27,2	27,7	15,0	35,1	19,9	51,0	40,4	50,6	42,2	39,4	34,2	18,9	10,5	27,5	16,9
faire attention à des signaux visuels ou sonores	24,3	51,4	40,9	45,5	29,4	63,1	53,9	65,8	54,8	45,5	34,9	37,1	30,8	22,5	9,1	42,2	30,4

* L'évolution 2003-2013 est considérée comme stable, car les intervalles de confiance à 95 % associés aux proportions de répondants sur les deux années se recourent.

Champ • Salariés du secteur hospitalier.

Sources • enquêtes CT 2013, COTAES 2003, DARES, DRESS, DG AFP, INSEE.

établissements hospitaliers. Les professions administratives sont celles qui déclarent le moins de nuisance, mis à part pour l'absence d'intimité pour laquelle leur ressenti est le même que leurs collègues à l'hôpital.

Les salariés des établissements publics déclarent plus souvent des nuisances environnementales que les salariés des établissements privés puisque sur les neuf items proposés, 46 % déclarent au moins trois nuisances contre 38 % dans le privé. Même en corrigeant l'âge, le sexe, la famille professionnelle du salarié et la taille de l'établissement, un agent hospitalier du public a une probabilité plus importante qu'un salarié d'un établissement privé de déclarer au moins trois nuisances⁶. D'ailleurs, c'était déjà sur l'aspect des nuisances environnementales que les différences de conditions de travail entre les agents du public et les salariés du privé étaient les plus marquées en 2003, à la faveur du privé : « Le thème de l'environnement de travail (saleté ou insalubrité, [...]) est celui pour lequel les différences entre les types d'établissements sont les plus

marquées » (Le Lan, 2004). Cinq aspects de l'environnement sont particulièrement discriminants entre les deux secteurs : la saleté, les mauvaises odeurs, les températures élevées, l'absence ou le mauvais état des sanitaires et enfin l'absence d'intimité.

... en particulier pour les infirmiers

C'est entre les infirmiers du public et du privé qu'apparaissent les différences les plus importantes sur les conditions d'hygiène de l'environnement de travail, même en contrôlant l'âge, le sexe et la taille de l'établissement. La moitié des infirmiers du public déclarent au moins trois nuisances contre 44 % des infirmiers du privé. En particulier, les nuisances sont plus élevées concernant les mauvaises odeurs (63 % contre 55 %), les courants d'air (30 % contre 27 %), ou le mauvais état des sanitaires (11 % contre 6 %). Les inconvénients liés à l'environnement sont également un peu plus marqués pour les agents d'entretien, les aides-soignants et les professions paramédicales du secteur public. On observe peu de différences de nuisances

6. Un salarié d'un établissement public a un risque plus élevé de 16 % de déclarer au moins trois nuisances par rapport à un salarié d'un établissement privé ayant les mêmes caractéristiques.

TABLEAU 4 ● Des nuisances environnementales plus grandes dans les hôpitaux publics

(pourcentage de salariés concernés)		Proportion des salariés ayant au moins 3 nuisances	Saléité	Humidité	Courants d'air	Mauvaises odeurs	Température élevée	Température basse	Absence ou mauvais état des locaux sanitaires	Absence de vue sur l'extérieur	Absence d'intimité
Secteur hospitalier public	Agents d'entretien	59	41	24	48	73	53	29	20	17	16
	Aides-soignants	53	35	13	31	72	51	28	15	22	21
	Infirmiers, sages-femmes	50	26	9	30	63	40	36	11	31	27
	Médecins et assimilés	30	9	4	14	47	21	17	7	31	20
	Professions paramédicales	41	15	8	34	43	30	32	13	30	25
	Professions administratives	26	8	4	25	19	23	22	6	16	22
	Autres professions	46	29	29	47	42	48	45	12	23	17
Ensemble du secteur hospitalier public		46	25	12	32	56	40	30	12	25	22
Secteur hospitalier privé	Agents d'entretien	53	47	17	37	72	43	27	11	14	14
	Aides-soignants	40	22	13	30	69	38	25	11	16	10
	Infirmiers, sages-femmes	44	22	7	27	55	32	31	6	31	19
	Médecins et assimilés	18	4	3	14	31	22	16	2	32	11
	Professions paramédicales	28	9	8	15	31	24	21	3	17	16
	Professions administratives	19	7	4	18	19	24	18	5	25	18
	Autres professions	40	26	25	47	36	30	37	9	18	18
Ensemble du secteur hospitalier privé		38	21	11	28	51	32	27	8	22	15
Ensemble du secteur hospitalier		44	24	12	31	55	38	29	11	24	21
Ensemble des salariés		41	29	22	37	31	33	36	13	18	20

Lecture • 41 % des agents d'entretien travaillant dans un hôpital public déclarent avoir un travail ou un lieu de travail qui présente un inconvénient de saleté.
 Champ • Salariés du secteur hospitalier.

Sources • Enquête CT 2013 DARES, DREES, DGAFF, INSEE.

environnementales chez les médecins, excepté pour les mauvaises odeurs dans le cadre de leur travail, plus fréquentes dans le public. Les professions administratives, qui déclarent les plus faibles nuisances environnementales, ne semblent pas, en revanche, souffrir d'un environnement plus dégradé dans les hôpitaux publics.

Une exposition aux risques psychosociaux qui varie selon les métiers

Suite aux recommandations du Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail (Nasse et Légeron, 2008), l'enquête Conditions de travail 2013 a été enrichie d'une nouvelle partie de questionnaire approfondissant les facteurs de risques psychosociaux⁷ reliant le salarié à son travail. Ces questions, « auto-administrées » par l'enquêté lui-

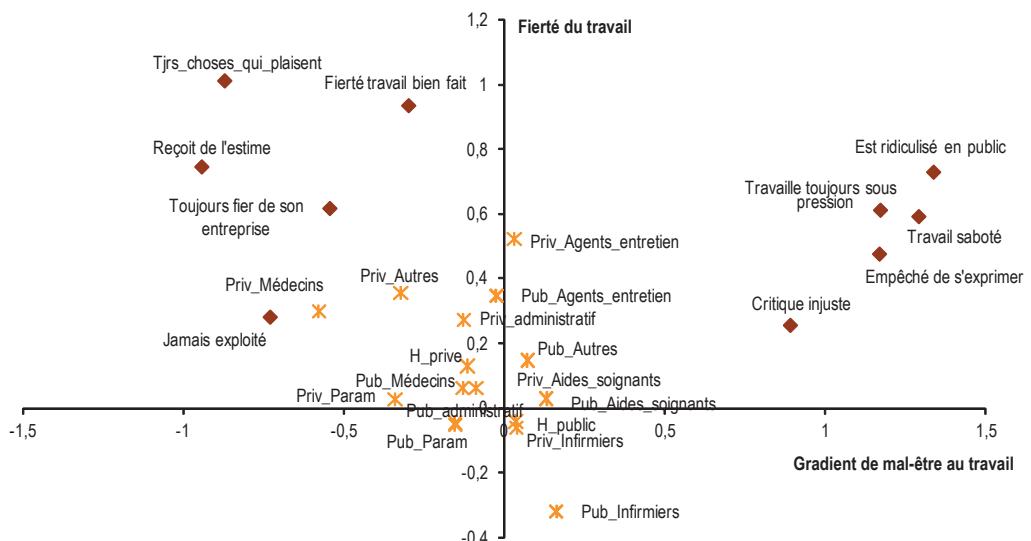
même (encadré 1), portaient spécifiquement sur les relations au travail avec les autres, la satisfaction et les difficultés au travail.

Dans un premier temps, l'ensemble des variables de cette nouvelle partie du questionnaire est étudié conjointement, afin de cerner les aspects des difficultés ou des ressentis au travail qui ressortent le plus. L'analyse des correspondances multiples (ACM) permet de synthétiser les réponses à ces nombreuses variables à travers deux axes qui résument au mieux leurs enseignements. Ainsi, le premier axe⁸ est un gradient du mal-être au travail. Il permet d'ordonner les salariés du secteur hospitalier selon les réponses plus au moins positives qu'ils donnent sur leur satisfaction au travail et dans les relations aux autres (graphique 4). À gauche de l'axe figurent les salariés qui tendent à se sentir le mieux au travail, qui répondent par exemple qu'ils n'ont jamais le sentiment d'être exploités. À l'inverse, à droite

7. Le Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail a défini ces derniers comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ».

8. Il synthétise près d'un dixième de l'information.

GRAPHIQUE 4 ● Plan (1,2) de l'analyse des correspondances multiples sur les risques psychosociaux



Seules les modalités des variables les plus contributives ont été projetées. Les variables supplémentaires sont représentées par un astérisque.

Lecture • Les modalités se projettent au barycentre des réponses des individus. Deux modalités qui sont proches sur le plan sont fréquemment prises par les mêmes individus.

Champ • Salariés du secteur hospitalier.

Sources • Enquête CT 2013, DARES, DREES, DGAFP, INSEE.

de l'axe se positionnent les personnels du secteur de la santé qui ne peuvent pas s'exprimer au travail, dont le travail est critiqué, qui exercent toujours sous pression ou encore qui ont été ridiculisés en public. On peut alors s'intéresser aux coordonnées des individus sur cet axe, qui est un indice du mal-être au travail.

Un mal-être au travail plus grand chez les infirmiers

À âge, sexe et taille d'établissement égaux, le ressenti au travail dépend avant tout de la famille professionnelle, le statut de l'établissement (public ou privé) jouant peu. Ainsi, les infirmiers se situent plus souvent du côté droit de l'axe, indiquant notamment un mal-être au travail, tandis que les médecins sont plutôt du côté gauche de l'axe. Concrètement, les infirmiers sont 72 % à se sentir exploités contre 65 % pour l'ensemble des salariés travaillant à l'hôpital. De plus, 18 % des infirmiers déclarent toujours travailler sous pression, c'est 5 points de plus que pour l'ensemble des familles professionnelles du secteur hospitalier et 10 points de plus que pour les médecins. Il se peut que la significa-

tion de ce que représente « travailler sous pression » diffère selon les professions. Toutefois, c'est le ressenti personnel que l'on veut capter ici, et non une mesure objective, puisque c'est le bien-être des individus au travail et le stress ressenti que l'on cherche à mesurer.

À famille professionnelle, sexe, âge et taille d'établissement fixés, on n'observe pas de différence dans l'indice de mal-être au travail entre les salariés du public et du privé. En revanche, les plus jeunes et les plus âgés semblent vivre de façon plus positive leur activité professionnelle.

Un vécu du mal-être au travail différemment ressenti entre public et privé

Si le fait de travailler dans un établissement public ou privé n'a pas d'effet général pour l'indicateur de bien-être au travail, il peut exister des différences plus fines au sein des familles professionnelles. Les médecins salariés qui exercent dans un établissement privé⁹ semblent éprouver encore moins de difficultés au travail que leurs homologues du public. Ils semblent disposer de plus de souplesse dans leur travail (82 % des

9. Le protocole d'enquête ne permettait pas d'interroger les médecins libéraux exerçant dans les cliniques. Dans le privé à but lucratif, seulement 12% des médecins sont salariés. Les comparaisons des conditions de travail des médecins entre hôpitaux et cliniques sont donc très partielles.

médecins dans le secteur privé sont d'accord avec l'assertion « Je peux organiser mon travail de la manière qui me convient le mieux » contre 74 % dans le public). On note également que 71 % des médecins du public sont en accord avec l'assertion « Je dois penser trop de choses à la fois » contre 52 % pour les médecins du privé, et 28 % déclarent être ignorés contre 10 % pour le privé.

A contrario, les professions administratives semblent éprouver plus de difficultés au travail dans le secteur privé que dans le secteur public. C'est surtout dans le domaine de l'extériorisation que porte la différence. 35 % des personnes ayant des tâches administratives dans le privé se sentent ignorées tandis qu'elles ne sont que 26 % dans le public. De plus, 21 % déclarent être empêchées de s'exprimer dans le privé soit 4 points de plus que dans le public. Cela se traduit enfin par le sentiment amoindri d'appartenir à une équipe (29 % n'ont que parfois ou n'ont jamais l'impression de faire partie d'une équipe dans le privé contre 19 % dans le public).

Un sentiment de fierté du travail bien fait assez peu partagé, surtout dans les établissements publics

Le deuxième aspect qui synthétise les questions sur la satisfaction et les difficultés au travail est lié à la fierté de son travail. Là encore, les familles professionnelles ont un ressenti assez différent entre elles, les agents d'entretien éprouvant paradoxalement plus de fierté de leur travail que les infirmiers. Près d'un quart des agents d'entretien, du public comme du privé, déclarent en effet éprouver toujours un sentiment de fierté du travail bien fait, contre 11 % pour l'ensemble des salariés du secteur hospitalier, et contre 5 % des infirmiers. De même, si 36 % des agents d'entretien déclarent être toujours fiers de travailler dans leur organisation, c'est le cas d'un quart seulement des professionnels des établissements de santé et d'un cinquième des infirmiers. Le sentiment de fierté est plus important pour les personnes travaillant dans un hôpital privé que pour celles exerçant dans le secteur public, et ceci même en prenant en compte l'âge, le sexe, la taille de l'établissement et la famille professionnelle. Le statut de l'établissement intervient surtout pour les infirmiers, pour les agents d'entretien et pour les professions administratives.

En résumé, les analyses synthétiques précédentes ont permis de mettre en avant les aspects qui segmentent le plus les ressentis des professionnels de santé : le bien-être au travail en général dépend avant tout des

tâches qui sont réalisées à l'hôpital, mais aussi de certains aspects comme la fierté au travail, le statut d'établissement intervenant également en plus des familles professionnelles.

Dans un second temps, les différentes dimensions des risques psychosociaux au travail sont examinées plus en détail. Six dimensions ont été mises en avant par un collège d'experts (2011) : les exigences du travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et relations de travail, les conflits de valeur et l'insécurité socio-économique. La plupart des variables retenues dans l'analyse de ces dimensions proviennent du questionnaire auto-administré, mais d'autres existaient déjà dans le cœur de l'enquête. Plusieurs études du ministère du Travail ont réalisé une classification de ce type de questions selon les six dimensions citées (Coutrot et Mermilliod, 2010 ; Beque 2014), nous reprenons donc cette nomenclature existante. Le tableau 5 présente les résultats détaillés de chacune de ces dimensions, par famille professionnelle.

Un sentiment général d'une quantité de travail excessive

Les exigences du travail regroupent plusieurs composantes. La quantité de travail est approchée par la question « On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive », la pression temporelle par la question « Êtes vous obligés de vous dépêcher ? » et la complexité par la question « Je dois penser à trop de choses à la fois ». La question « Je travaille sous pression » peut être considérée comme un résumé de ces différents aspects. L'ensemble des salariés du milieu hospitalier est concerné de façon similaire par la quantité de travail excessive, la moitié la trouvant trop importante. Les infirmiers sont toutefois un peu plus nombreux (59 %) à regretter cette quantité de travail excessive. En revanche, le ressenti face à la pression temporelle diffère davantage selon les familles professionnelles. Là encore, les infirmiers déplorent davantage les contraintes temporelles que les professions paramédicales et administratives. Enfin « devoir penser à trop de choses à la fois » est la composante qui est en moyenne la plus citée, par six personnes sur dix. Cet aspect de l'exigence au travail est plus mal vécu par les infirmiers (75 %) et les médecins (69 %). Les agents d'entretien et les aides-soignants souffrent moins de cet aspect. Au final, les constats sur les exigences psychosociales à l'hôpital sont les mêmes que pour l'ensemble des salariés : elles sont plus impor-

tantes pour les salariés qualifiés (Coutrot et Mermilliod, 2010). La pression ressentie varie également selon le genre (encadré 3).

Les exigences émotionnelles sont également multidimensionnelles. D'une part, le personnel hospitalier est très souvent en contact avec des personnes en situation de détresse ou est en position de devoir calmer des gens (85 % des salariés à l'hôpital) ; ce contact avec la souffrance est particulièrement prégnant chez les aides-soignants, les infirmiers et les médecins, et un peu moins marqué pour les agents d'entretien ou les professions administratives. D'autre part, quatre travailleurs sur dix doivent cacher leurs émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur. Les médecins et les professions paramédicales¹⁰ indiquent moins souvent devoir cacher leurs émotions que le personnel soignant non médical. Il en va de même pour la peur au travail qui, même si son niveau moyen est inférieur (un salarié sur dix la signale), segmente de la même façon le personnel soignant non médical, plus exposé, du personnel médical. Enfin, si presque tous les salariés du secteur hospitalier sont en contact avec du public (91 %), les tensions avec les patients ne concernent que la moitié des salariés en contact. Les aides-soignants déclarent moins souvent des tensions (36 %) que les

médecins (67 %). En résumé, les personnels soignants médicaux et non médicaux sont les plus exposés aux exigences émotionnelles, en particulier les infirmiers.

Moins de variations entre familles professionnelles pour l'autonomie et les marges de manœuvre

En ce qui concerne la dimension liée à l'autonomie et aux marges de manœuvre, 45 % des salariés à l'hôpital ne peuvent interrompre momentanément leur travail quand ils le désirent. Les professionnels soignants non médicaux sont plus contraints que les autres familles professionnelles, en particulier les professions administratives. De plus, un quart des professionnels hospitaliers ne peuvent pas organiser leur travail de la manière qui leur conviendrait le mieux. On note peu de différences selon les activités professionnelles, mis à part les professions administratives qui ont plus d'autonomie organisationnelle. Quant à la possibilité de s'épanouir dans son travail, un quart des personnes travaillant à l'hôpital réfutent la proposition « J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles ». Les agents d'entretien sont plus nombreux à ne pas étendre leurs aptitudes (31 %), tandis que les professions les plus qualifiées peuvent

ENCADRÉ 3 ● Peu de différences entre hommes et femmes dans les risques psychosociaux, mais plus de pression ressentie par les femmes

Les trois quarts des personnels hospitaliers sont des femmes, cette proportion est même de 81 % dans les établissements privés. Le taux de féminisation varie, en fonction de la famille professionnelle, entre 43 % pour les médecins salariés et 88 % pour les infirmiers. Lorsqu'on étudie les risques psychosociaux en contrôlant ces paramètres (statut et famille professionnelle), en plus de l'âge et de la taille de l'établissement, on observe peu de différences entre hommes et femmes sur les indicateurs obtenus par l'ACM (sur le mal-être en général et sur la fierté). En revanche, une sous-dimension des risques psychosociaux peut être mise en avant (tout en gardant les mêmes contrôles que précédemment) : la pression ressentie. Si les femmes ne ressentent pas plus que les hommes la quantité excessive de travail (comme c'est le cas en général, voir Coutrot et Mermilliod, 2010), elles ressentent plus fréquemment la pression liée à la charge de travail (par exemple, les femmes sont 62 % à déclarer devoir penser à trop de choses à la fois contre 57 % pour les hommes ou bien encore on note que 67 % des femmes doivent souvent se dépêcher contre 55 % des hommes). Cette pression plus forte ressentie par les femmes peut également expliquer leurs craintes plus importantes quant à la soutenabilité de leur travail à long terme : elles sont 44 % à ne pas se sentir capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à leur retraite contre 32 % pour leurs homologues masculins. La tension ressentie par les femmes au travail peut encore être reliée à ce que l'imaginaire collectif prévoit de leur comportement à l'hôpital, en attendant plus souvent d'un personnel féminin que masculin qu'il soit chaleureux ou dans une bienveillance maternelle. Les femmes se « forceraient » alors plus souvent à se conformer à cette représentation : 42 % des femmes déclarent devoir cacher leurs émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur dans le cadre de leur travail contre 35 % des hommes. Cette pression sociale n'est pas uniquement ressentie dans le milieu hospitalier mais dans le monde du travail en général (Coutrot et Mermilliod, 2010). Sur les autres dimensions des risques psychosociaux comme l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et les relations de travail ou encore les conflits de valeur, aucune différence n'est observée entre les personnels hospitaliers masculins et féminins.

10. On entend ici par « professions paramédicales » les techniciens médicaux, spécialistes de l'appareillage médical, psychologues, éducateurs spécialisés, etc.

TABLEAU 5 ● Décomposition des risques psychosociaux selon les familles professionnelles

(pourcentage de salariés concernés)	Ensemble des salariés	Ensemble hospitalier	Agents d'entretien	Aides-soignants	Infirmiers, sages-femmes
Exigence du travail					
On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive	0,40	0,54	0,49	0,56	0,59
Je dois penser à trop de choses à la fois	0,49	0,61	0,40	0,55	0,75
Je travaille sous pression	0,36	0,48	0,30	0,43	0,63
Êtes-vous obligés de vous dépêcher ? (Oui)	0,46	0,64	0,53	0,68	0,77
Exigences émotionnelles					
[...] Être au contact avec des personnes en détresse	0,45	0,85	0,75	0,94	0,96
[...] Devoir calmer des gens	0,54	0,85	0,68	0,95	0,96
Dans mon travail, je dois cacher mes émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur	0,30	0,40	0,37	0,45	0,46
Il m'arrive d'avoir peur pendant mon travail, pour ma sécurité ou celle des autres	0,08	0,11	0,11	0,16	0,16
Êtes-vous en contact direct avec le public ?	0,71	0,91	0,87	0,98	0,99
S'il y a contact avec le public, je vis des tensions avec un public	0,43	0,55	0,36	0,57	0,67
[...] Avez-vous été victime d'une agression verbale de la part du public ? (Oui)	0,18	0,39	0,20	0,46	0,53
Autonomie et marges de manœuvre					
Je peux organiser mon travail de la manière qui me convient le mieux (Non)	0,18	0,25	0,21	0,30	0,29
J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles (Non)	0,30	0,24	0,31	0,27	0,19
Pouvez-vous interrompre momentanément votre travail quand vous le souhaitez ? (Non)	0,30	0,45	0,37	0,53	0,58
[...] À quelle fréquence vous-arrive-t-il d'éprouver le sentiment suivant : l'ennui	0,10	0,06	0,12	0,07	0,03
Rapports sociaux et relations au travail					
Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener mes tâches à bien (pas du tout d'accord, pas d'accord)	0,10	0,08	0,12	0,07	0,05
Les collègues avec qui je travaille sont amicaux (pas du tout d'accord, pas d'accord)	0,08	0,10	0,16	0,12	0,08
Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que mérite mon travail (pas du tout d'accord, pas d'accord)	0,29	0,36	0,36	0,38	0,41
[...] Vous ignore, fait comme si vous n'étiez pas là	0,21	0,26	0,31	0,27	0,25
[...] Vous empêche de vous exprimer	0,12	0,16	0,17	0,17	0,14
[...] Vous ridiculise en public	0,08	0,09	0,12	0,09	0,10
[...] Critique injustement votre travail	0,22	0,25	0,31	0,24	0,26
[...] Vous charge de tâches inutiles ou dégradantes	0,09	0,10	0,16	0,11	0,09
[...] Sabote votre travail, vous empêche de travailler correctement	0,08	0,10	0,15	0,08	0,10
[...] Avez-vous été victime d'une agression verbale de la part de vos collègues ou supérieurs ? (Oui)	0,13	0,20	0,19	0,17	0,24
Conflits de valeur					
Il m'arrive de faire trop vite une opération qui demanderait davantage de soin	0,28	0,40	0,34	0,46	0,50
Je dois faire des choses que je désapprouve	0,10	0,10	0,09	0,13	0,10
Insécurité économique					
Si je devais m'arrêter maintenant, je serais à l'abri financièrement (Non)	0,85	0,87	0,86	0,90	0,86
Dans les 3 prochaines années, pensez-vous devoir changer de qualification ou de métier ? (Oui)	0,29	0,21	0,37	0,23	0,17
Vous sentez vous capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à votre retraite ? (Non)	0,36	0,41	0,46	0,47	0,51
Je vis des changements imprévisibles ou mal préparés	0,20	0,29	0,23	0,31	0,37

Lecture • 54 % des salariés des établissements publics ou privés déclarent qu'on leur demande une quantité excessive de travail. Le V de Cramer, compris entre 0 et 1, mesure l'association entre le risque et les familles professionnelles. Plus il se rapproche de 1, plus la liaison entre les deux variables est forte, i.e. plus le risque est différencié selon les familles professionnelles.

Champ • Salariés du secteur hospitalier.

Sources • Enquête CT 2013 DARES, DREES, DGAFF, INSEE.

TABLEAU 5 ● suite et fin

(pourcentage de salariés concernés)	Médecins et assimilés	Professions para-médicales	Professions administratives	Autres professions	Indicateur de liaison : V de Cramer
Exigence du travail					
On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive	0,54	0,44	0,53	0,47	0,09
Je dois penser à trop de choses à la fois	0,69	0,53	0,64	0,52	0,23
Je travaille sous pression	0,57	0,36	0,42	0,38	0,17
Êtes-vous obligés de vous dépêcher ? (Oui)	0,62	0,49	0,57	0,51	0,18
Exigences émotionnelles					
[...] Être au contact avec des personnes en détresse	0,88	0,77	0,71	0,57	0,36
[...] Devoir calmer des gens	0,90	0,80	0,71	0,57	0,39
Dans mon travail, je dois cacher mes émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur	0,29	0,33	0,37	0,32	0,14
Il m'arrive d'avoir peur pendant mon travail, pour ma sécurité ou celle des autres	0,04	0,04	0,04	0,09	0,13
Êtes-vous en contact direct avec le public ?	0,95	0,85	0,77	0,71	0,35
S'il y a contact avec le public, je vis des tensions avec un public	0,58	0,45	0,47	0,35	0,29
[...] Avez-vous été victime d'une agression verbale de la part du public ? (Oui)	0,36	0,30	0,26	0,19	0,24
Autonomie et marges de manœuvre					
Je peux organiser mon travail de la manière qui me convient le mieux (Non)	0,25	0,23	0,14	0,24	0,12
J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles (Non)	0,07	0,25	0,29	0,33	0,13
Pouvez-vous interrompre momentanément votre travail quand vous le souhaitez ? (Non)	0,43	0,34	0,18	0,37	0,27
[...] À quelle fréquence vous-arrive-t-il d'éprouver le sentiment suivant : l'ennui	0,04	0,05	0,06	0,08	0,11
Rapports sociaux et relations au travail					
Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener mes tâches à bien (pas du tout d'accord, pas d'accord)	0,04	0,08	0,13	0,12	0,11
Les collègues avec qui je travaille sont amicaux (pas du tout d'accord, pas d'accord)	0,07	0,07	0,11	0,15	0,08
Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que mérite mon travail (pas du tout d'accord, pas d'accord)	0,28	0,29	0,30	0,37	0,09
[...] Vous ignore, fait comme si vous n'étiez pas là	0,26	0,25	0,27	0,23	0,06
[...] Vous empêche de vous exprimer	0,15	0,14	0,18	0,15	0,04
[...] Vous ridiculise en public	0,09	0,07	0,08	0,07	0,04
[...] Critique injustement votre travail	0,24	0,20	0,24	0,24	0,04
[...] Vous charge de tâches inutiles ou dégradantes	0,14	0,04	0,06	0,09	0,09
[...] Sabote votre travail, vous empêche de travailler correctement	0,10	0,08	0,10	0,10	0,06
[...] Avez-vous été victime d'une agression verbale de la part de vos collègues ou supérieurs ? (Oui)	0,20	0,17	0,20	0,18	0,05
Conflits de valeur					
Il m'arrive de faire trop vite une opération qui demanderait davantage de soin	0,35	0,28	0,29	0,27	0,22
Je dois faire des choses que je désapprouve	0,06	0,08	0,08	0,10	0,05
Insécurité économique					
Si je devais m'arrêter maintenant, je serais à l'abri financièrement (Non)	0,77	0,91	0,87	0,90	0,10
Dans les 3 prochaines années, pensez-vous devoir changer de qualification ou de métier ? (Oui)	0,13	0,14	0,16	0,24	0,15
Vous sentez vous capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à votre retraite ? (Non)	0,24	0,34	0,22	0,38	0,19
Je vis des changements imprévisibles ou mal préparés	0,25	0,23	0,22	0,22	0,12

s'enrichir de nouvelles compétences (seulement 7 % des médecins disent stagner). Enfin, le fait d'éprouver de l'ennui au travail est assez rare dans le milieu hospitalier (6 % contre 10 % pour l'ensemble des salariés) et peu importe les tâches effectuées. Les infirmiers se démarquent, car ils ne s'ennuient quasiment jamais (3 %), tandis que les agents d'entretien sont quatre fois plus nombreux à éprouver de l'ennui. En conclusion, les différences entre professions du milieu hospitalier sont moindres sur les aspects liés à l'autonomie de son travail que sur les exigences au travail et les exigences émotionnelles. On note également que c'est sur la composante de l'épanouissement au travail que les personnels du milieu hospitalier ont des risques psychosociaux plus faibles que l'ensemble des actifs occupés, car ils s'ennuient moins et ont davantage l'occasion de développer leurs compétences professionnelles.

Les rapports sociaux et les relations aux autres comportent trois aspects : ce qui tourne autour de la coopération et du soutien, ce qui concerne les conflits ou les harcèlements et la reconnaissance au travail. Les médecins se différencient des autres professions hospitalières dès lors qu'il est question de la hiérarchie. En effet, une partie d'entre eux ne reconnaissent pas de supervision. À titre illustratif, 14 % considèrent qu'ils n'ont pas de supérieur, ou du moins qu'ils ne se sentent pas concernés par la question pour l'assertion « Mon supérieur prête attention à ce que je dis » (contre 1 % du reste des personnes travaillant à l'hôpital), et 19 % ne sont pas concernés par la proposition « Les personnes qui évaluent mon travail le connaissent bien » (contre également 1 %). Il y a peu de différences entre les familles professionnelles sur le ressenti vis-à-vis des collègues ou de l'ambiance au travail. Seuls les agents d'entretien se démarquent, car ils bénéficient de moins d'entraide de la part de leurs collègues et ressentent plus de moqueries ou d'agressivité de leur part. Enfin, le manque de reconnaissance est plus prégnant chez les infirmiers (41 %) que chez les médecins ou les professions paramédicales et administratives, ce qui était déjà mis en avant dans la classification réalisée par la DARES à partir de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) de 2010 où les infirmiers étaient surreprésentés dans la catégorie « Sans reconnaissance ni soutien » (Beque, 2014).

Le personnel non soignant contraint en qualité

Peu de questions permettent de détailler la dimension « conflits et valeur ». En ce qui concerne les obstacles à la qualité (« faire trop vite une opération qui deman-

derait davantage de soin »), les variations sont assez marquées entre les familles professionnelles. Le personnel soignant non médical se sent le plus contraint en qualité, car il doit se dépêcher, tandis que les professions paramédicales ou administratives ressentent moins d'empêchement pour accomplir leurs tâches à un rythme adéquat. Si la possibilité de faire un travail de qualité diffère beaucoup selon les professions, ce n'est pas le cas des conflits éthiques. Seuls les aides-soignants se démarquent légèrement du reste de leurs collègues en considérant, pour 13 % d'entre eux, qu'ils doivent faire des choses qu'ils désapprouvent contre 10 % pour l'ensemble des travailleurs hospitaliers.

La dernière dimension mise en exergue est liée à l'insécurité économique. Aucun profil ne se dégage clairement. Quatre personnes sur dix dans le milieu hospitalier ne se sentent pas capables de faire le même travail jusqu'à leur retraite, et cette proportion atteint même la moitié des aides-soignants et des infirmiers. Les médecins et les professions administratives se projettent avec plus de facilité dans la poursuite de leur travail actuel (avec respectivement 24 % et 22 %). Dans un futur plus proche, les agents d'entretien sont plus nombreux à penser devoir changer de qualification ou de métier dans les trois ans (37 % contre 21 % pour l'ensemble des personnels hospitaliers). Comme cela est le cas pour l'ensemble des salariés, la plupart des salariés hospitaliers (87 %) ne seraient pas à l'abri financièrement s'ils s'arrêtaient de travailler maintenant. Les médecins, qui sont les mieux rémunérés à l'hôpital, sont certes un peu moins nombreux à ne pas être à l'abri, mais ils sont encore 77 %.

Très peu de différences entre les établissements publics et privés

Sur l'ensemble des indicateurs des risques psychosociaux, il existe peu de différences entre le fait de travailler dans un établissement public ou privé, en prenant en compte des contrôles sur l'âge, le sexe, la famille professionnelle et la taille de l'établissement. Rien n'est observé sur la dimension des exigences au travail, tandis qu'une seule variable est significative dans les exigences émotionnelles : les personnes qui travaillent dans un établissement public sont plus susceptibles d'être agressées verbalement par le public. Ce constat était déjà observé dans l'enquête Sumer (Arnaudo *et al.*, 2013). En ce qui concerne l'appréhension sur l'autonomie et les marges de manœuvre, les salariés des hôpitaux publics déclarent plus souvent que leur travail leur permet de développer leurs compétences (77 % contre 70 %). Plusieurs raisons

expliquent cette forte différence : la présence des CHU dans les hôpitaux publics, où l'exercice de la médecine et les activités d'enseignement sont complémentaires, les malades qui peuvent plus fréquemment que dans le privé souffrir de polyopathologies ou être en absence de diagnostic (un plateau technique très développé étant alors nécessaire pour établir un diagnostic) et enfin la diversité des pathologies rencontrées et des actes réalisés. Par exemple, les cliniques privées réalisent 80 % de leur activité en seulement 25 « produits »¹¹, tandis qu'il en faut 47 dans les établissements publics en 2009 (Evain et Yilmaz, 2012). Peu de différences sont observées dans la dimension des rapports sociaux et des relations au travail. On observe seulement un léger décalage pour l'assertion de critique injuste du travail, plus accentuée dans le public que dans le privé. Les risques liés au conflit de valeurs ne sont pas différenciés selon le statut de l'établissement hospitalier. Enfin, les agents de la fonction publique hospitalière déclarent un peu plus souvent vivre des changements imprévisibles ou mal préparés.

Pour conclure, ces résultats suggèrent que c'est surtout la profession exercée qui est discriminante dans l'exposition aux risques psychosociaux, bien plus que le statut de l'établissement (public ou privé). Les infirmiers sont la famille professionnelle la plus exposée aux risques psychosociaux, en particulier pour

l'exigence du travail et les exigences émotionnelles. Parmi eux, rares sont ceux qui déclarent éprouver toujours un sentiment de « travail bien fait », vraisemblablement en lien avec ces exigences élevées. Ne pas être toujours en mesure de répondre à ces exigences dans les temps impartis peut générer une grande insatisfaction (Micheau et Molière, 2014). Les aides-soignants ont également des risques élevés, mais déclarent un peu moins de surcharge de travail. Les agents d'entretien sont, quant à eux, soumis au manque de latitude décisionnelle ainsi qu'aux relations de travail moins épanouissantes. Les professions paramédicales et administratives semblent les moins exposées aux risques psychosociaux parmi les professions hospitalières. Enfin, les médecins subissent pression et détresse du malade, mais ils disposent de plus d'autonomie et de meilleures relations au travail et surtout d'une moindre insécurité économique. En outre, devoir éprouver de l'empathie dans le cadre de son travail est ce qui oppose le plus les différentes familles professionnelles à l'hôpital, qui ne sont pas toutes confrontées de la même façon à la souffrance des patients. Ainsi, les personnels en contact direct avec les malades (médecins, infirmiers, sages-femmes et aides soignants) sont plus souvent exposés à des risques psychosociaux que l'ensemble des personnes en emploi, en raison notamment des exigences émotionnelles liées à leurs missions. ■

¹¹. Pour calculer la spécialisation et la diversification d'un établissement de santé, plusieurs indicateurs sont possibles, en particulier le nombre de produits OAP nécessaires pour atteindre 80 % de l'activité (OAP est une classification « outil d'analyse PMSI »). La nomenclature OAP du PMSI-MCO permet de regrouper les séjours ayant des caractéristiques communes en groupes homogènes de malades, qu'on regroupe encore en deux cents « produits » (cataracte, AVC, etc.).

BIBLIOGRAPHIE

- Algava E., 2014, « Conditions de travail : reprise de l'intensification du travail chez les salariés », *DARES Analyses*, n° 049, DARES, juillet.
- Arnaudo B., Leonard M., Sandret N., Cavet M., Coutrot T., Rivalin R. et Thierus L., 2013, « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs », *DARES Analyses*, n° 010, DARES, février.
- Beque M., 2014, « Les risques psychosociaux au travail : un panorama d'après l'enquête Santé et itinéraire professionnel 2010 », *DARES Analyses*, n° 031, DARES, avril.
- Bué J., Coutrot T., Hamon-Cholet S., Vinck L., 2007, « Conditions de travail : une pause dans l'intensification du travail », *Premières Synthèses DARES*, 2007-01.2.
- Cordier M., 2009, « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes», *Études et Résultats*, n° 709, DREES, novembre.
- Coutrot T. et Mermilliod C., 2010, « Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles », *DARES Analyses*, n° 081, DARES, décembre.
- Couty E., 2013, « Le pacte de confiance pour l'hôpital », *Rapport de synthèse*, ministère des Affaires sociales et de la Santé.
- Evain F., Yilmaz E., 2012, « Les déterminants de la rentabilité des établissements de santé », *Panorama des établissements de santé*.
- Gheorghiu M.-D. et Moatty F., 2013 « L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail », Centre d'études de l'emploi, coédité avec les éditions Liaisons, coll. Liaisons sociales.
- Gollac M., 1994, « Donner un sens aux données : l'exemple des enquêtes statistiques sur les conditions de travail », *Dossiers de recherche*, n° 3, Centre d'études de l'emploi, janvier.
- Haute Autorité de santé, 2010, « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », actes du séminaire organisé par la Haute Autorité de santé, octobre.
- Le Lan R., 2004, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé», *Études et Résultats*, n° 335, DREES, août.
- Le Lan R., 2005, « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail», *Études et Résultats*, n° 373, DREES, février.
- Micheau J. et Molière E., 2014, « Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmiers et infirmières du secteur hospitalier », *Document de travail*, Série Études et Recherche, n° 132, novembre.
- Mouquet M.-C. et Oberlain P., 2012, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », *Panorama des établissements de santé*.
- Nasse P. et Légeron P., 2008, « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail ».
- Tonneau D., 2004, « Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? Des difficultés liées à l'organisation», *Études et Résultats*, n° 302, DREES, avril.

2

Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES

Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES

Bénédicte BOISGUÉRIN, Gwennaëlle BRILHAULT, Layla RICROCH, Hélène VALDELIÈVRE, Albert VUAGNAT
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

L'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières réalisée par la DREES permet de décrire la patientèle et le mode d'organisation de ces services. Elle a été menée le 11 juin 2013 auprès des 52 000 patients qui se sont présentés dans les 736 points d'accueil des urgences de France métropolitaine et des DOM.

Concernant les patients, les premiers résultats montrent que la prise en charge aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié d'entre eux, hormis ceux ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée dont le passage est plus long. Dans six cas sur dix, la venue dans un service d'urgences résulte de l'initiative du patient ou du conseil d'un proche. Les personnes arrivent pour les deux tiers de leur domicile et majoritairement par leurs propres moyens. Le recours aux urgences est plus élevé pour les nourrissons et les personnes âgées de 75 ans ou plus. Les lésions traumatiques constituent toujours la principale cause de venue aux urgences (36 % des patients) et sont à l'origine de sept passages sur dix pour les 10-14 ans. Les trois quarts des patients rentrent ensuite chez eux et 20 % sont hospitalisés.

Concernant les structures des urgences, l'enquête met en évidence la variabilité des modes d'organisation : toutes n'ont pas de poste d'accueil et d'orientation, d'assistante sociale, de psychiatre ou encore d'accès prioritaire à une IRM. Cette organisation varie surtout selon le volume des passages, le statut de l'établissement et la spécialisation ou non en pédiatrie. Néanmoins, les disparités de fonctionnement et d'organisation, des moyens et de l'environnement socio-économique ne s'approchent pas uniquement par ces dimensions. Une typologie statistique des points d'accueil, fondée sur des critères relatifs à leur organisation en interne et avec les autres services (accès direct, poste d'accueil et d'orientation, etc.), à leurs liens avec le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) [mutualisation ou non des équipes] et les ressources humaines, permet de former quatre classes de points d'accueil. La classe la plus nombreuse regroupe les points d'accueil dont les ressources sont mutualisées avec le SMUR associé. Les patientèles respectives de ces quatre ensembles de points d'accueil présentent des caractéristiques différentes, faisant écho aux particularités des points d'accueil eux-mêmes.

En juin 2013, la DREES a mené une enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières. Son objectif était de connaître la genèse des recours aux urgences, les modalités de prise en charge des patients et les éventuelles difficultés rencontrées lors de ces prises en charge, dans un contexte d'augmentation régulière de recours à ces services (encadré 1).

L'enquête a concerné tous les points d'accueil des urgences (736) de France pendant 24 heures ainsi que tous les patients (52 000) qui s'y sont présentés entre 8 heures le mardi 11 juin 2013 et 8 heures le lendemain ; elle a eu lieu un jour de semaine, hors période de vacances et d'épidémies saisonnières. Réalisée en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU), elle a obtenu un très fort taux de réponse. Elle permet ainsi d'objectiver la vision

qu'on peut avoir des points d'accueil des urgences et des prises en charge qu'ils réalisent. Elle permet aussi de compléter et d'actualiser les sources sur lesquelles on pouvait s'appuyer jusque-là pour décrire l'activité des services d'urgences et leur patientèle (cf. « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? » dans l'ouvrage *Le Panorama des établissements de santé – édition 2013*).

Ce dossier vise à donner les premiers résultats de cette enquête aux dimensions particulières par son exhaustivité (couverture de tous les points d'urgences et de tous leurs patients sur 24 heures) et par son mode de collecte (questionnaire patient rempli par les équipes des structures des urgences en parallèle de la prise en charge médicale).

ENCADRÉ 1 ● Méthodologie de l'enquête

L'originalité de l'enquête est de disposer d'une photographie de l'activité des services d'urgences et de décrire la genèse des recours, avec des questions sur les démarches entreprises, les conseils reçus par les patients ainsi que leurs motivations avant l'arrivée dans les services d'urgences. Les modalités de prise en charge liées à la morbidité¹, les temps d'attente durant les passages aux urgences en relation avec les pathologies des patients, la gestion de l'aval (temps d'attente pour l'obtention d'un lit en cas d'hospitalisation du patient, durée éventuelle en unité d'hospitalisation de courte de durée, etc.) sont aussi décrits. L'objectif de l'enquête est également d'actualiser la description de l'activité des structures des urgences, depuis la précédente enquête nationale de janvier 2002.

Les modalités de l'enquête, définies en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence, avec la participation de SAMU-Urgences de France et de l'Association des médecins urgentistes de France sont les suivantes :

- l'enquête comporte deux volets complémentaires, recueillis le même jour : un recueil administratif sur les structures des urgences hospitalières décrivant leur organisation, en lien avec leurs ressources, et une enquête sur les patients. Le site Internet de la DREES détaille la méthodologie de l'enquête et présente les données du recueil sur les structures ;
- l'enquête s'adresse à toutes les structures des urgences générales et pédiatriques autorisées, au sens du décret 2006-577, et à tous les patients y ayant eu recours de 8 heures le mardi 11 juin 2013 (date à laquelle il n'y a pas d'épidémies saisonnières) à 8 heures le lendemain ;
- la collecte a été réalisée par les points d'accueil des structures (*i.e.* les entrées physiques des patients). Selon les organisations, une structure d'urgences comporte un ou deux points d'accueil général ou pédiatrique. Ainsi, neuf personnes sur dix aux urgences ont été prises en charge dans des points d'accueil d'urgences générales. Pour les enfants de moins de 16 ans, quatre passages sur dix ont eu lieu dans des points d'accueil d'urgences pédiatriques.

La base finale issue de l'enquête comprend 734 points d'accueil sur les 736 recensés, soit un taux de réponse de 99,7 %. La collecte a fourni 48 711 questionnaires patients sur les 52 018 passages dans les services d'urgences qui ont été enregistrés selon le questionnaire « structures », soit un taux de réponse de 93,6 %. Huit patients sur dix ont été pris en charge dans un établissement public (centre hospitalier universitaire ou centre hospitalier), 13 % dans un établissement privé à but lucratif et 6 % dans un établissement privé à but non lucratif.

Des traitements statistiques ont été effectués par la DREES pour corriger la non-réponse totale de l'enquête (*i.e.* les établissements non répondants), la non-réponse à certaines questions ainsi que des anomalies et valeurs aberrantes.

1. Les nomenclatures et un thésaurus élaborés par la Société française de médecine d'urgence sont utilisés pour décrire les motifs et les circonstances du recours aux urgences, et la morbidité à la sortie des urgences (encadré 3).

Ces premiers résultats concernent à la fois la description des patients pris en charge aux urgences le jour de l'enquête et celle de l'organisation des services d'urgences français. Les données collectées, même si elles sont relatives à une journée donnée, qui n'est pas forcément représentative de l'activité journalière habituelle pour tous les points d'accueil (encadré 2), sont d'un niveau de détail que ne donnerait pas une collecte réalisée en routine. Elles permettront de mener par la suite des études plus approfondies et de développer des thématiques plus spécifiques¹.

Les premiers résultats présentés concernent les patients venus aux urgences le 11 juin 2013 : l'enquête les décrit, développe les étapes qui les ont menés à recourir à ce service (raisons évoquées, démarches effectuées avant d'y recourir, mode d'arrivée aux urgences, etc.) et leur parcours au sein du service (prise en charge et examens réalisés, diagnostic posé, retour à domicile ou hospitalisation, etc.).

Les structures d'urgences hospitalières sont ensuite présentées à travers une typologie de ces points d'accueil qui ressort de l'analyse statistique de leurs caractéristiques en termes d'organisation interne et

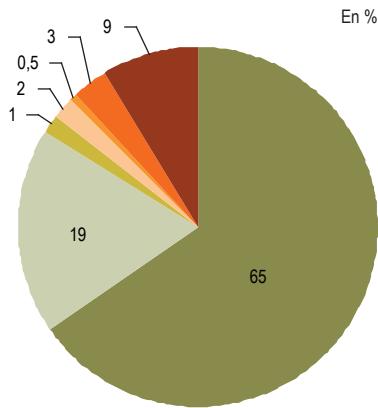
d'équipement, en lien avec les caractéristiques de leur patientèle. Cette typologie est fondée sur les données du volet « structures » de l'enquête.

Profil et parcours des patients accueillis aux urgences le 11 juin 2013

Les deux tiers des personnes arrivent aux urgences depuis leur domicile

La plupart des patients se rendent aux urgences dans la journée et en début de soirée, jusqu'à 20 heures ; un quart des passages seulement ont lieu entre 20 heures et 8 heures, et 10 % entre minuit et 8 heures. Pour plus de 50 % d'entre eux, la situation qui les a conduits à s'y présenter a débuté le jour même, mais remonte à plusieurs jours dans 30 % des cas. Près de 65 % viennent directement de leur domicile et 19 % de la voie publique, de leur lieu de travail ou de l'école pour les enfants (graphique 1). Environ 70 % arrivent aux urgences par leurs propres moyens (ou grâce au véhicule d'un tiers), 11 % sont transportés par les pompiers et 11 % par un taxi ou une ambulance (graphique 2). Les patients amenés par les équipes du service mobile

GRAPHIQUE 1 ● Provenance des patients

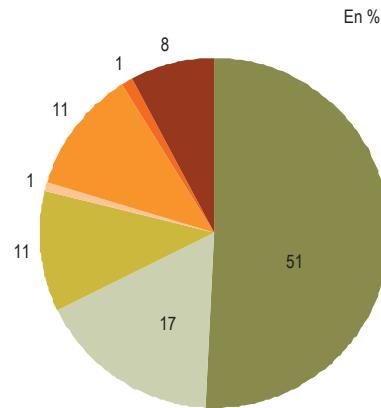


- Domicile
- Voie publique, lieu de travail ou école
- Établissement de santé
- Structure médico-sociale
- Maison médicale de garde (MMG)
- Autres provenances
- Non-réponse et autres

Note • La non-réponse inclut les patients n'ayant pas pu répondre.

Sources • DREES, enquête Urgences de juin 2013, données statistiques.

GRAPHIQUE 2 ● Mode d'arrivée des patients



- Ses propres moyens
- Véhicule conduit par un tiers
- Taxi, ambulance privée
- Forces de l'ordre
- Véhicule des sapeurs-pompiers
- SMUR
- Ne sait pas, non-réponse et autres

Note • La non-réponse inclut les patients n'ayant pas pu répondre.

Sources • DREES, enquête Urgences de juin 2013, données statistiques.

1. Pour en savoir plus sur la mise à disposition des données de l'enquête, consulter le site Internet de la DREES, http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences_11113.html.

ENCADRÉ 2 ● Mise en perspective de l'enquête avec les données du PMSI

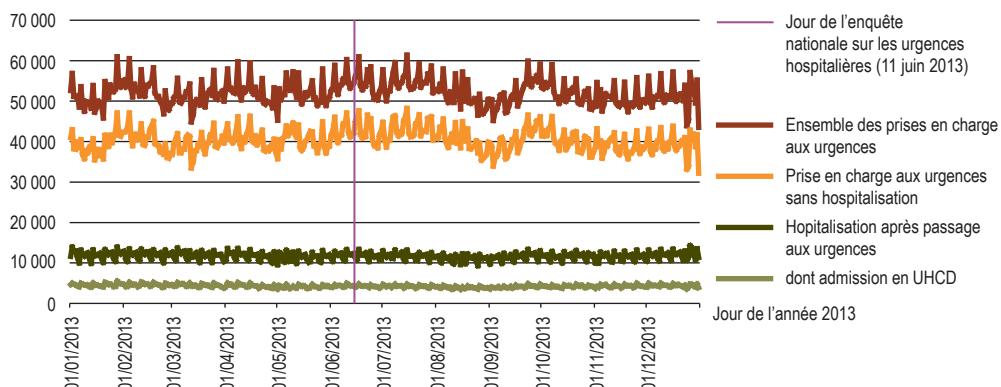
L'enquête fournit dans son volet « structures » le nombre de patients pris en charge aux urgences dans chaque établissement le jour de l'enquête, le 11 juin 2013, soit 52 018 passages. Cela correspond à un volume à rapprocher du volume annuel d'activité des services d'urgences décrit par la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) collectée par la DREES (pour l'année 2012, ce volume annuel s'établit à 18,7 millions de passages et conduit à une estimation journalière moyenne de 50 000).

En vue de s'assurer de l'exhaustivité de l'enquête, ce nombre a également été confronté au résultat d'une requête effectuée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation sur la base de données nationales du PMSI (Programme médicalisé des systèmes d'information), restreinte au jour de l'enquête. Pour les 564 établissements, dont certains regroupent plusieurs points d'accueil, ayant transmis des données PMSI avec mention de passages aux urgences, la corrélation avec le nombre de passages indiqué dans l'enquête est de 0,96 (avec une pente à 1 et une ordonnée à l'origine nulle, signe d'une excellente concordance globalement sans biais) ; pour 4 % de ces établissements, l'écart est cependant de plus de 20 %. Ces écarts trouvent leur origine :

- d'une part, dans des fluctuations d'activité, la fenêtre temporelle n'étant pas strictement identique (période de 24 heures débutant à 8 heures pour l'enquête, jour calendaire pour le PMSI) ;
- d'autre part, dans les modalités d'organisation des établissements (documentation non systématique dans le PMSI de l'hospitalisation depuis les urgences, le cas échéant orientation immédiate des patients se présentant aux urgences vers un autre service de l'établissement). 12 établissements, cumulant 1 % des passages de l'enquête, ne mentionnent pas les prises en charge aux urgences dans le PMSI, et 32 font ponctuellement cette mention sans avoir l'autorisation de cette activité, pour un cumul de 0,5 % des passages le 11 juin 2013.

Le décompte des passages aux urgences apparaissant suffisamment précis, une seconde requête sur la base de données nationales du PMSI a été effectuée pour obtenir le nombre de passages aux urgences, pour chaque jour de 2013, décomposé en trois sous-parties : les passages non suivis d'hospitalisation dans l'établissement, les passages avec hospitalisation immédiate en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et hors UHCD. Le jour de l'enquête apparaît médian (graphique) : le nombre de passages était supérieur de 4 % au nombre moyen de passages quotidien au cours de l'année 2013 (+4 % pour les passages sans hospitalisation, +5 % pour les passages avec hospitalisation, +8 % pour les admissions en UHCD). Si ces valeurs sont en faveur de la représentativité de l'enquête, considérée globalement pour ce qui concerne l'activité des structures des urgences, il convient de mentionner d'importantes fluctuations d'activité pour les structures prises isolément (l'interquartile rapporté à la médiane du nombre quotidien de passages est de 24,6 % pour les passages sans hospitalisation et de 41,2 % pour les passages avec hospitalisation). Ces fluctuations sont d'autant plus importantes que les structures ont un niveau d'activité peu élevé. Néanmoins, malgré des variations quotidiennes possibles, le volume journalier de passages estimé dans l'enquête au niveau de l'établissement est très corrélé (à 0,94) avec le volume annuel estimé par la Statistique annuelle des établissements de santé (une corrélation proche de 1 indique que la répartition des passages entre établissements le jour de l'enquête est très proche de la répartition annuelle).

GRAPHIQUE ● Nombre de passages aux urgences par jour pour l'année 2013



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

Sources • ATIH, PMSI MCO 2013, traitement ATIH et DREES.

d'urgence et de réanimation (SMUR) [voir définition en encadré 3] constituent 1 %² des passages et nécessitent une forte mobilisation du personnel des services d'urgences.

Un tiers des patients interrogés, soit 17 000 personnes, ont entrepris des démarches relatives à leur état de santé durant les 24 heures précédent leur venue dans un service d'urgences³. Parmi eux, 95 % les ont effectuées auprès d'un seul interlocuteur et 5 % auprès de deux interlocuteurs ou plus. Trois fois sur quatre, les démarches ont été menées auprès du médecin traitant ou d'un autre praticien ; il peut aussi s'agir d'un appel au service d'aide médicale urgente (SAMU) [11 %], à un proche (11 %) ou encore aux pompiers (8 %) [tableaux 1a et 1b]. Quel que soit l'interlocuteur, la venue directe aux urgences ou l'appel d'une ambulance pour s'y rendre représente au moins 70 % des conseils donnés.

Parmi les deux tiers des patients qui n'ont pas effectué de démarches préalables à leur venue, 6 % se rendent aux urgences sur le conseil d'un médecin et 14 % sur celui du SAMU ou des pompiers. C'est par exemple le cas des personnes ayant eu un accident ou un malaise sur la voie publique et qui sont prises en charge par les pompiers ou le SMUR.

Mais que les patients aient entrepris ou non des démarches, 62 % d'entre eux décident de se rendre dans un service d'urgences de leur propre initiative ou

sur le conseil d'un proche ; 24 % viennent sur le conseil d'un médecin (traitant ou autre) et 15 % sur le conseil du SAMU ou des sapeurs-pompiers.

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer le recours aux urgences

Interrogés sur leurs motivations pour se rendre aux urgences, deux tiers des personnes avancent au moins deux raisons. Ces motivations sont regroupées dans l'enquête en quatre grandes catégories :

- la venue aux urgences « clairement décidée pour un motif médical » regroupe les cas où les urgences constituent le lieu de soins qui apparaît médicalement le plus adapté au problème de santé ;
- la décision est motivée par l'accessibilité aux soins, la facilité d'accès des urgences, en termes de proximité géographique, de disponibilité de plateau technique, d'horaires ou encore de gratuité ;
- le recours aux urgences en deuxième choix (ou par défaut) décrit les situations où le patient a du mal à trouver une réponse au sein de l'offre libérale de soins, voire ne la trouve pas ;
- les autres circonstances concernent notamment les cas où le patient est amené par les pompiers ou le SAMU.

La venue aux urgences est motivée par un accident dans trois cas sur dix et fait suite à un conseil médi-

ENCADRÉ 3 ● Sources et définitions

Le champ de l'étude porte sur tous les patients s'étant présentés le jour de l'enquête dans un des points d'accueil des services d'urgences de la France métropolitaine et des DOM, y compris Mayotte.

SAMU : service d'aide médicale urgente, centre de régulation médicale des urgences d'une région sanitaire.

SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation, service hospitalier consistant en un ou plusieurs véhicules destinés à apporter les soins d'aide médicale urgente en dehors de l'hôpital, bien souvent conjointement avec une ambulance.

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée. Les UHCD sont des unités destinées à accueillir des patients provenant uniquement de la salle d'urgences, en attente d'un lit pour hospitalisation ou nécessitant une surveillance. En principe, la durée n'y excède pas 72 heures.

UNV : unité neurovasculaire dédiée spécifiquement à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Diagnostic principal à la sortie : il s'agit du diagnostic décrit par le médecin et codé par les équipes soignantes de chaque point d'accueil, selon la nomenclature internationale des maladies (CIM-10) à partir d'un thesaurus de 2 200 modalités établi par la Société française de médecine d'urgence (SFMU). La description des motifs et des circonstances de recours élaborés par la SFMU est disponible sur le site Internet de la DREES.

2. Ce pourcentage concerne le nombre de patients amenés par le SMUR dans les services d'urgences, mais pas les patients conduits directement dans les services hospitaliers sans passer par les urgences, que l'enquête ne permet pas d'observer.

3. Par démarche, on entend ici une consultation directe ou téléphonique d'une personne au sujet de son état de santé, que cette personne soit un professionnel de santé ou un proche. Les patients amenés par les forces de l'ordre, ceux provenant d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social, ou ceux incapables de répondre n'ont, de fait, pas effectué de telles démarches : la décision de les conduire aux urgences relève généralement d'un tiers.

TABLEAU 1A ● Démarches entreprises par les patients avant leur venue dans un service d'urgences

Démarches dans les 24 heures	Pas de démarches dans les 24 heures	Non-réponse	Personnes non interrogées	Total
16 681	28 872	1 955	4 510	52 018
32 %	56 %	4 %	9 %	100 %

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

TABLEAU 1B ● Répartition des patients ayant fait des démarches selon l'interlocuteur et le type de conseil

	Interlocuteurs				En %
	Un médecin (ou un pharmacien)	SAMU	Les pompiers ou un autre numéro d'appel	Un proche	
Démarches					
Appel téléphonique ou consultation	76,4	10,5	7,9	10,8	
Conseils donnés par un interlocuteur					
Se rendre aux urgences	54,8	9,2	6,2	6,6	
Simple conseil	10,7	0,8	0,5	2,5	
Autres (1)	6,6	0,4	0,5	0,4	
Consulter un médecin le jour même	4,5	0,5	0,3	0,6	
Attendre le lendemain pour consulter	3,4	0,2	0,1	0,5	
Appeler le 15	1,5		0,4	0,6	
Appeler les pompiers ou un autre numéro d'appel	0,6	0,3	0,1	0,7	

(1) Signifie tout ce qui n'a pas été évoqué dans les autres items.

Lecture • 10,8 % des patients ayant entrepris des démarches relatives à leur santé se sont adressés à un proche, 6,6 % ont reçu le conseil de se rendre aux urgences. La somme des démarches effectuées auprès des différents interlocuteurs est supérieure à 100 %, car une personne peut s'adresser à plus d'un interlocuteur. De même, un interlocuteur peut donner plus d'un conseil.

Champ • Patients ne provenant ni d'un établissement de santé ou médico-social, ni emmenés par les forces de l'ordre, et ayant entrepris des démarches avant de se rendre aux urgences.

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

cal dans un cas sur quatre (graphique 3). Pour deux personnes sur dix, c'est la gravité présumée (« Je pensais que c'était grave »), et pour une sur dix l'angoisse (« J'étais angoissé[e] et je ne savais pas où aller ») qui expliquent le recours aux urgences.

Le besoin d'un règlement rapide du problème de santé est souvent mentionné (27 %), suivi par la possibilité de réaliser des examens complémentaires (23 %) et la proximité géographique (22 %). Pouvoir consulter un médecin spécialiste est une raison avancée par 12 % des personnes. En revanche, la prise en charge en dehors des horaires de travail⁴ ou « la gratuité » sont rarement indiquées (respectivement 3 % et 2 %).

Les urgences hospitalières peuvent être une solution, lorsque le recours habituel aux soins n'est pas possible. Ainsi, l'absence du médecin traitant est citée par 6 % des patients, l'impossibilité d'obtenir rapidement un rendez-vous pour des examens complémentaires

par 5 %. Enfin, pour un passage sur dix, c'est le transport par les pompiers ou le SMUR qui sont invoqués comme raison du recours aux urgences.

Une minorité de passages aux urgences concerne des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (1 %) ou des personnes n'ayant aucun droit ouvert à l'assurance maladie en France (1 %). 71 % des personnes interrogées bénéficient d'une couverture complémentaire privée, 9 % de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), soit une proportion légèrement supérieure à celle observée en population générale, en se ramenant à une structure par âge comparable, et 7 % n'ont pas de couverture complémentaire⁵.

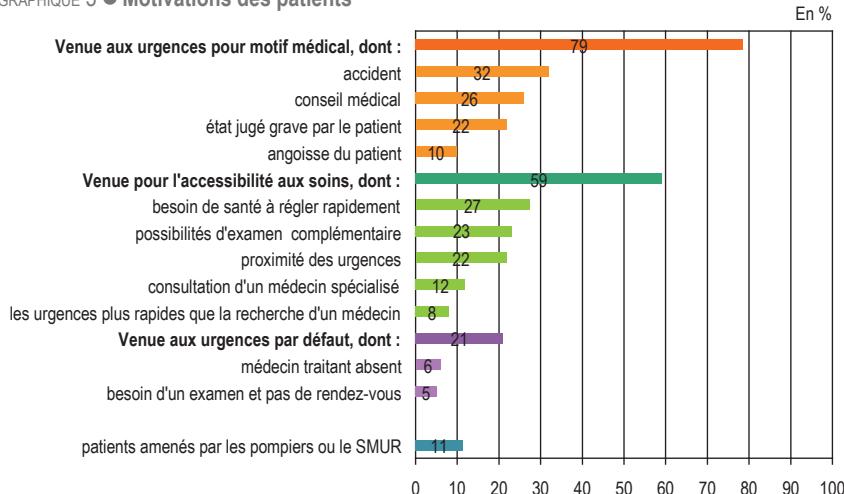
Les nourrissons et les personnes âgées sont les plus concernés

Près d'une personne sur 1 000 de la population résidant en France s'est rendue aux urgences le 11 juin 2013. Les taux de recours les plus élevés se situent

4. 40 % des personnes qui justifient leur recours aux urgences par la prise en charge en dehors des horaires de travail ont des horaires de passage concentrés entre 19 heures et minuit, contre 23 % pour les personnes invoquant d'autres motivations.

5. 13 % des patients ne savent pas s'ils ont une complémentaire ou n'ont pas répondu à la question.

GRAPHIQUE 3 ● Motivations des patients



SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation.

Note • Plusieurs réponses possibles par patient.

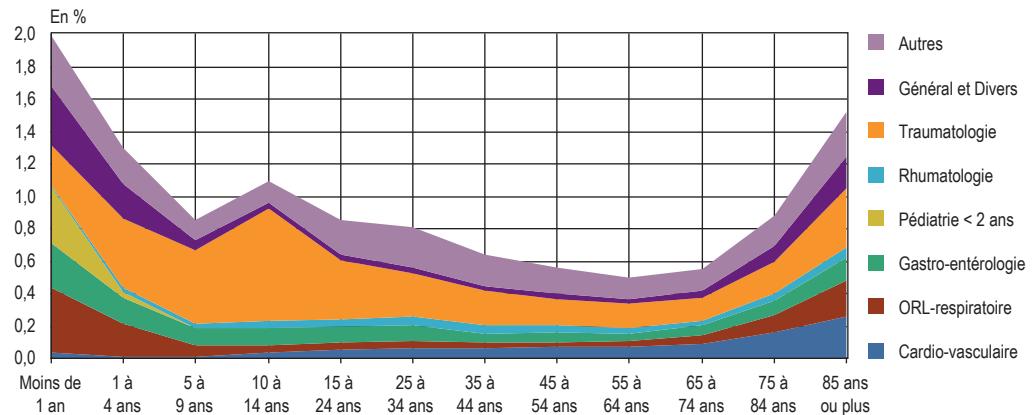
Champ • Patients non adressés par un établissement de santé, ni conduits par les forces de l'ordre.

Sources • DREES, enquête Urgences de juin 2013, données statistiques.

aux âges extrêmes de la vie : 2 % pour les enfants de moins de 1 an, et 1,5 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus (graphique 4). Les patients âgés de 75 ou plus représentent 12 % des passages (dont 5 % pour les 85 ans ou plus), alors que ces groupes d'âges constituent 10 % (et 4 %) de la population générale.

Les motifs de recours aux urgences varient selon l'âge du patient. Jusqu'à 5 ans, les enfants sont pris en charge pour des pathologies variées : sphères oto-rhino-laryngologique (ORL), respiratoire et gastro-entérologique, pathologies traumatiques et problèmes spécifiques aux nourrissons comme les troubles ali-

GRAPHIQUE 4 ● Taux de recours aux urgences selon le motif de recours et l'âge du patient



Note • La nomenclature des motifs de recours a été élaborée par la Société française de médecine d'urgence.

La rubrique « Général et Divers » comprend les recours des patients venus pour de la fièvre, un problème d'altération de l'état général, de la fatigue, des sutures, pansements, etc.

La rubrique « Autres » représente un quart des motifs de recours : elle comprend les motifs de type neurologique, gynéco-obstétrique, psychiatrique, dermatologiques, etc.

La rubrique « Pédiatrie » comprend les troubles alimentaires du nourrisson, les diarrhées, les fièvres du nourrisson de moins de 3 mois, les problèmes respiratoires, etc.

Le taux de recours par pathologie est le rapport des patients ayant recours aux services d'urgences de la classe d'âges et du motif de recours donné à la population générale de la classe d'âges, pour la journée d'observation.

Lecture • Entre 1 et 4 ans, le taux de recours total est de 1,30 % ; il est de 0,20 % pour un motif ORL et respiratoire, 0,17 % pour un motif de gastro-entérologie et 0,42 % pour la traumatologie. Pour les 10-14 ans, le taux de recours global est de 1,09 % et le taux de recours pour traumatologie de 0,69 %.

Champ • Patients ayant répondu à la question du motif de recours.

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques. INSEE, données de la population.

mentaires, la fièvre, l'ictère néonatal, etc. Entre 10 et 14 ans, les motifs de recours se concentrent sur la traumatologie avec un taux de recours atteignant 0,7 %, en lien principalement avec des chutes et des accidents de sport ou domestiques.

À partir de 65 ans, la traumatologie constitue 25 % des motifs de recours et les problèmes cardio-vasculaires 17 %. Les recours en traumatologie des personnes âgées sont liés aux chutes qui constituent 18 % des circonstances de l'ensemble des recours pour les 65 ans ou plus.

Des prises en charge plus lourdes pour les patients les plus âgés

Les prises en charge dans les services d'urgences revêtent des formes très variées. En salle d'accueil des urgences vitales, les soins destinés aux patients en situation de détresse vitale, existante ou potentielle, permettent de réaliser des actes de réanimation respiratoire et cardiaque. Ils concernent 5 % seulement de l'ensemble des passages, mais plus de 10 % des passages des patients âgés de 65 ans ou plus.

La réalisation d'actes à visée diagnostique ou d'actes de soins est beaucoup plus fréquente et concerne 4 patients sur 5. Un acte de soins est réalisé pour 40 % des passages, un acte d'imagerie pour 45 %, une analyse biologique pour 35 %.

La proportion de passages comportant la réalisation d'actes à visée diagnostique augmente considérablement avec l'âge du patient : les personnes âgées sont, en effet, plus souvent atteintes de polyopathologies qui nécessitent davantage d'investigations.

Les lésions traumatiques constituent le diagnostic de sortie le plus fréquent

À l'issue du passage aux urgences, un diagnostic de sortie est posé pour chaque patient. Globalement, les diagnostics de sortie les plus fréquents correspondent aux motifs de recours le plus souvent observés à l'entrée ; c'est le cas notamment de la traumatologie.

En dehors des patients ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), qui nécessitent une prise en charge plus complexe, près de 40 % des malades ont reçu un diagnostic de lésion traumatique ou d'empoisonnement à la sortie (tableau 2). Pour 17 %, il s'agit de « symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques ou de laboratoires

peu précis ». Parmi eux, 6 % sont atteints de fatigue, céphalées, fièvre, etc. ; 8 % de douleurs de l'appareil digestif ou de l'abdomen, ou encore de l'appareil circulatoire ou respiratoire. Dans 4 % des cas, il s'agit de troubles mentaux (notamment les troubles anxieux ou les troubles de comportement liés à la consommation d'alcool ou d'autres substances). Parmi les maladies du système nerveux, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les accidents ischémiques transitoires (AIT) représentent 0,8 % des passages, de même que les affections épisodiques et paroxystiques (majoritairement de l'épilepsie).

Moins de quatre heures de présence pour près de huit patients sur dix

Selon l'enquête, 48 % des patients qui ne sont pas passés par une UHCD restent moins de deux heures dans un service d'urgences, dont 19 % sont pris en charge rapidement en moins d'une heure. À l'opposé, la prise en charge aux urgences se prolonge au-delà de huit heures pour 4 % des patients (tableau 2). L'enquête réalisée en 2002 auprès de 3 000 patients non hospitalisés après leur passage aux urgences indiquait des valeurs comparables : 55 % des patients disaient avoir passé moins de deux heures aux urgences et 20 % moins d'une heure⁶.

Pour les patients ayant un diagnostic de lésions traumatiques et d'empoisonnements, la prise en charge aux urgences est la plus rapide : 90 % sortent moins de quatre heures après leur arrivée, 60 % moins de deux heures après. Il en est de même pour les diagnostics tels que les affections de l'appareil respiratoire, les affections de la peau, les maladies du système ostéo-articulaire ou encore les maladies infectieuses et parasitaires. La prise en charge est plus longue pour les patients présentant des symptômes de malaises, fatigues, céphalées ou autres symptômes digestifs, respiratoires, circulatoires, etc., dont 30 % seulement sortent en moins de deux heures : leur prise en charge comporte davantage d'actes différents (examens à visée diagnostique ou avis spécialisés). Un quart des patients présentant des troubles mentaux liés à la consommation d'alcool (ou autres substances) demeurent une journée ou plus aux urgences.

Sur 100 patients pris en charge à la suite d'une maladie cérébro-vasculaire, 30 ont passé plus de six heures aux urgences, alors que 7 patients y ont passé moins

6. Les modalités de l'enquête de 2002 étaient différentes : les patients non hospitalisés après leur passage aux urgences avaient été interrogés par téléphone. De plus, le temps de passage était « déclaré » par les enquêtés et non mesuré par l'équipe soignante comme dans l'enquête de 2013. Pour ces raisons, on peut comparer les ordres de grandeur et non les résultats précis.

TABLEAU 2 ● Diagnostics à la sortie des urgences et durée de présence aux urgences, hormis les patients hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée

	Moins de 1 h	De 1 h à moins de 2 h	De 2 h à moins de 4 h	De 4 h à moins de 6 h	De 6 h à moins de 8 h	Plus de 8 h	Total	En %
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	21,4	37,4	30,5	7,2	1,9	1,4	100,0	39,8
<i>Lésions traumatiques du poignet et de la main, de la cheville et du pied</i>	20,5	41,4	31,1	5,3	0,9	0,6	100,0	15,6
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs, dont :	10,7	19,5	34,1	19,5	9,7	6,4	100,0	17,0
<i>Symptômes et signes généraux (malaise, fatigue, céphalée, fièvre...)</i>	10,4	20,3	33,2	20,2	9,7	6,1	100,0	5,8
<i>Symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen</i>	10,3	18,8	36,0	19,7	9,4	5,7	100,0	4,3
<i>Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire</i>	8,8	18,5	34,7	20,4	10,6	6,7	100,0	4,1
Affections de l'appareil respiratoire	18,8	25,2	32,2	13,3	5,6	4,9	100,0	5,3
Affections de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	7,3	12,2	30,9	26,7	12,6	10,2	100,0	2,7
<i>Cardiopathies ischémiques, hypertensives, troubles du rythme et autres</i>	6,4	10,5	30,0	28,2	13,4	11,4	100,0	2,0
Affections du système digestif, maladies endocrinianes, de la nutrition et du métabolisme, troubles immunitaires	13,3	19,7	30,9	17,8	9,6	8,6	100,0	5,5
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	18,7	28,4	32,8	12,5	4,6	2,8	100,0	5,8
Troubles mentaux	16,3	20,1	30,2	15,3	5,9	11,9	100,0	3,9
Maladies du système nerveux, dont :	8,1	15,5	31,5	20,2	12,5	12,0	100,0	2,0
<i>Affections épisodiques et paroxystiques</i>	9,8	18,0	36,9	16,9	10,7	7,7	100,0	0,8
<i>Maladies cérébro-vasculaires (1)</i>	7,5	10,2	26,1	24,0	16,0	15,6	100,0	0,8
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	42,9	28,9	16,8	6,9	2,1	2,3	100,0	3,7
Maladies des organes génito-urinaires	11,4	17,4	33,8	19,2	10,5	7,2	100,0	3,2
Maladies de l'œil et de ses annexes, de l'oreille de l'apophyse mastoïde	32,8	33,4	22,4	6,7	2,7	1,7	100,0	3,1
Maladies infectieuses et parasitaires	20,4	26,8	30,3	13,2	4,4	4,7	100,0	2,5
Affection de la peau et des tissus sous-cutanés	24,7	33,7	29,0	9,9	1,7	1,1	100,0	2,6
Autres (2)	18,4	22,3	26,9	14,6	7,5	10,2	100,0	1,3
Non-réponse	29,6	25,9	27,5	9,1	3,0	4,9	100,0	1,7
Total	19,0	28,6	30,6	12,3	5,1	4,3	100	100

(1) Les maladies cérébro-vasculaires comprennent les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les accidents ischémiques transitoires (AIT).

(2) La modalité « Autres » regroupe des pathologies peu fréquentes dans les services d'urgences, comme les maladies du sang et des organes hématopoïétiques, les tumeurs, les malformations congénitales et anomalies chromosomiques, les pathologies liées à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

Note • Les unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sont des unités destinées à accueillir des patients provenant uniquement de la salle des urgences, en attente d'un lit pour hospitalisation ou pour ceux nécessitant une surveillance. En principe, la durée n'y excède pas 72 heures.

Champ • Patients pour lesquels une durée dans le service d'urgences est renseignée et patients n'étant pas passés par une UHCD.

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

d'une heure ; ces derniers sont tous hospitalisés dans l'heure qui suit. Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé, les prises en charge des AVC doivent s'effectuer dans les unités neuro-vasculaires existantes sur le territoire de santé dont relève le patient sans passer par les urgences. On peut supposer que la présence ou la proximité de telles unités prenant très rapidement

les patients en charge influe sur les durées de présence dans les services d'urgences.

Près de 8 % des patients (et 17% des 65 ans ou plus) ont séjourné en UHCD. Un diagnostic de lésions traumatiques ou de symptômes est posé pour 42 % d'entre eux et celui de troubles mentaux (notamment troubles du comportement liés à la consommation d'alcool) pour

10 %. 57 % sont ensuite hospitalisés (40 % en service de médecine, 7 % en chirurgie) et 39 % repartent chez eux.

Les trois quarts des patients rentrent chez eux à l'issue de leur passage

Sur l'ensemble des patients des urgences du 11 juin 2013, 76 % repartent à leur domicile, 20 % sont hospitalisés, 2 % quittent les urgences sans attendre et 0,5 % le font contre l'avis médical (graphique 5).

Dans 90 % des cas, les patients pris en charge pour une lésion traumatique, pour arthropathie ou pour une affection de l'appareil respiratoire rentrent chez eux, y compris en hospitalisation à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Un peu moins de 6 % sont hospitalisés et 4 % partent sans attendre. Pour certaines affections, la part de ceux hospitalisés à la sortie des urgences est plus élevée : c'est le cas pour plus de la moitié des patients victimes d'affections de l'appareil cardio-vasculaire ou de maladies endocrinianes, de la nutrition et du métabolisme. La part des patients hospitalisés est plus élevée quand le conseil final de se rendre aux urgences émane d'un médecin, du SAMU ou des pompiers (30 % versus 10 % pour les patients venus de leur propre initiative). En revanche, les passages effectués entre minuit et 8 heures ne se distinguent pas par une proportion d'hospitalisation plus élevée que ceux effectués en journée et en début de soirée.

Pour les patients hospitalisés, 20 % ont nécessité plus d'un appel de la part de l'équipe soignante pour trouver un lit ou une place, et le délai d'obtention d'un lit excède quatre heures pour 10 % d'entre eux.

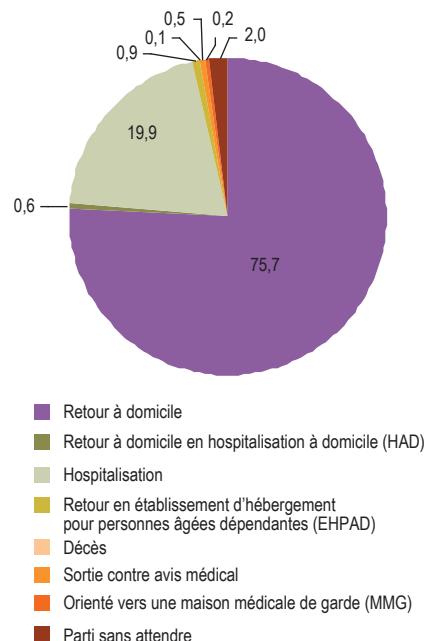
Typologie statistique des points d'accueil : des liens plus ou moins étroits avec le SMUR et une diversité des niveaux d'équipement

Le volet « structures » de l'enquête du 11 juin 2013 permet de cerner le mode d'organisation des services d'urgences. Ce questionnaire a été rempli par le service administratif dont dépend chaque point d'accueil d'urgences et validé en accord avec l'urgentiste référent de l'enquête qui était, lui, en charge de la collecte du volet « patients » de l'enquête.

Ce volet « structures » montre que les points d'accueil des urgences, répartis sur tout le territoire français, sont majoritairement situés dans des établissements de santé publics. Leur organisation et leurs ressources sont variables : tous n'ont pas de poste d'accueil et d'orien-

GRAPHIQUE 5 ● Mode de sortie des patients

En %



Sources • DREES, enquête Urgences de juin 2013, données statistiques.

tation, d'assistance sociale, de psychiatre ou encore d'accès prioritaire à une IRM. Cette organisation varie surtout selon le volume de passages (les ressources en personnel et en matériel des points d'accueil augmentent avec ce volume), du statut (public ou privé) de l'établissement et de sa spécialisation ou non en pédiatrie.

Néanmoins, si la catégorie juridique semble souvent pertinente pour discriminer entre les points d'accueil (Ricroch, 2014), les disparités de fonctionnement, d'organisation, de moyens et d'environnement socio-économique de ces derniers ne s'approchent pas uniquement par cette dimension. Pour caractériser ces disparités, une possibilité est d'utiliser un outil statistique, la classification ascendante hiérarchique (encadré 4), qui fournit une typologie des points d'accueil en réunissant ceux qui se ressemblent selon des critères relatifs à leur organisation en interne et avec les autres services de l'établissement (accès direct, poste d'accueil et d'orientation, etc.), à leurs liens avec le SMUR (mutualisation ou non des équipes) et les ressources humaines du service des urgences. Cet outil statistique permet de prendre en compte simultanément tout un ensemble d'informations pour faire ressortir des groupes de points d'accueil de profils similaires, au-delà des catégories que permettent de définir les critères les plus attendus (différence entre public et privé par exemple).

ENCADRÉ 4 ● L'apport de la classification ascendante hiérarchique

La typologie s'appuie sur les données du volet « structures » de l'enquête Urgences 2013. Le but de l'analyse est de rassembler dans une même classe les points d'accueil qui se ressemblent par leur organisation interne et leur équipement. La procédure statistique utilisée est une classification ascendante hiérarchique. Dans un premier temps, il y a autant de classes que de points d'accueil. Les réponses aux questions représentées dans le tableau 4 sont comparées, et les deux points d'accueil les plus proches dans leur réponse sont mis dans une même classe, tandis que les autres points d'accueil restent chacun dans leur classe à une unité. La distance utilisée pour étudier la proximité entre deux points d'accueil est la distance du khi-deux. Puis on compare les réponses entre tous les points d'accueil individuels et la classe nouvellement créée avec les deux points d'accueil et on réunit ensemble les points d'accueil qui se ressemblent le plus (cela peut être deux points d'accueil isolés, ou bien la classe des deux points d'accueil qui fusionne avec un troisième point d'accueil). On réitere et on arrête de réunir les points d'accueil lorsque la réunion de deux groupes de points d'accueil rendrait le groupe final trop hétérogène (stratégie d'agrégation avec la méthode de Ward, fondée sur la décomposition de l'inertie du nuage des individus).

La catégorie administrative, le nombre de passages ou la spécialisation en accueil pédiatrique n'interviennent pas pour le regroupement des points d'accueil en classes. Ces variables servent à illustrer et commenter les différences entre les groupes homogènes dans leur organisation obtenus par la classification.

Ici, la typologie effectuée permet de dégager quatre regroupements de points d'accueil. La classe la plus nombreuse réunit les points d'accueil dont les ressources sont mutualisées avec le SMUR associé ; à l'opposé, la deuxième classe en termes d'effectifs correspond aux points d'accueil qui fonctionnent indépendamment d'un SMUR (tableau 3). La troisième classe rassemble les points d'accueil à fort volume d'activité et apparaissant les plus fournis en termes de diversité des personnels et d'infrastructures. Enfin, la dernière classe, de faible effectif, représente les points d'accueil à faible activité. La première et la quatrième classes ne regroupent quasiment que des points d'accueil de centres hospitaliers.

Après une description plus précise de ces quatre classes de points d'accueil, une comparaison de leurs patientèles respectives est proposée, afin de voir si les similitudes organisationnelles sont reliables à des similitudes en termes de patients accueillis.

La première classe rassemble un peu plus du tiers des points d'accueil. La caractéristique principale de ces derniers est le lien étroit qui les unit au SMUR dans leur fonctionnement (tableau 4). Les équipes médicales et non médicales sont communes entre ces deux services. Dans huit points d'accueil sur dix, le médecin du SAMU ou du SMUR peut être impliqué simultanément dans les soins aux urgences, et réciproquement. Ces points d'accueil fonctionnent avec du personnel médical plus spécialisé que l'ensemble des points d'accueil : dans sept points d'accueil sur dix, il n'y a que des équivalents temps plein (ETP) de médecins urgentistes (contre six sur dix pour l'ensemble des points d'accueil). La pro-

portion de structures où des médecins de l'établissement extérieurs au service des urgences ou au SMUR participent au tour de garde aux urgences est inférieure de 5 points à la moyenne. Ces points d'accueil s'appuient aussi plus souvent sur quelques ETP d'internes pour leur fonctionnement (les deux tiers des points d'accueil de cette classe ont de 1 à 4 ETP d'internes contre 40 % en moyenne). En revanche, il y a moins de personnel non médical spécifique comme les assistantes sociales, les vigiles ou les personnels dédiés à des tâches particulières comme l'inventaire des lits ou l'affectation des patients. Cette classe est composée à 90 % de centres hospitaliers et ne contient qu'un seul centre hospitalier régional universitaire (CHRU).

Trois points d'accueil sur dix sont rassemblés dans la deuxième classe qui réunit des services indépendants du SMUR. Ce regroupement comprend lui-même deux organisations différentes, selon l'implantation ou non d'un SMUR dans les établissements où sont situés ces points d'accueil. 40 % des points d'accueil de cette classe sont situés dans un établissement doté d'un SMUR mais fonctionnent sans aucune mutualisation ni échanges de postes avec celui-ci. Ils sont intégrés dans des établissements qui sont pour la plupart publics, et huit fois sur dix, il s'agit d'accueil pédiatrique. Les 60 % restants sont situés dans des établissements sans implantation de SMUR, qui sont pour la majorité privés à but lucratif. Malgré ces différences, l'absence de SMUR ou la non-mutualisation tendent à avoir les mêmes conséquences organisationnelles, marquées par une plus faible proportion d'accès

TABLEAU 3 ● La classification des points d'accueil

	Classe 1	Classe 2		Classe 3	Classe 4	Ensemble
Nombre de points d'accueil	254	221		203	56	734
Part des points d'accueil	35 %	30 %		28 %	8 %	100 %
Caractéristiques de la classe	Des urgences mutualisées avec le SMUR	Des urgences très indépendantes du SMUR		Des urgences à fort volume d'activité	Des CH à faible volume d'activité	
Sous-classe		Classe 2a	Classe 2b			
Nom de la sous classe		Aucune implantation de SMUR (60%)	Aucune mutualisation avec le SMUR (40%)			
Part des points d'accueil situés dans un CH ou un autre établissement public *	89 %	9 %	82 %	59 %	93 %	64 %
Part des points d'accueil situés dans un CHRU*	1 %	12 %	17 %	34 %	2 %	14 %
Part des points d'accueil situés dans un établissement privé à but non lucratif	5 %	15 %	1 %	4 %	2 %	6 %
Part des points d'accueil situés dans un établissement privé à but lucratif	5 %	63 %	0 %	3 %	3 %	16 %
Médiane des passages journaliers	52	61	42	107	26	71
Part des accueils pédiatriques exclusifs	3 %	10 %	81 %	10 %	5 %	14 %

Lecture • La première classe comporte 254 points d'accueil. Parmi les points d'accueil de cette classe, 89 % sont situés dans un centre hospitalier ou dans un autre établissement public, hors CHRU.

L'activité du service d'urgences mise en regard des données de ressources humaines annuelles est journalière, celle des 24 heures de l'enquête (résumée par la médiane au sein de chaque classe du nombre de patients vus le jour de l'enquête). Malgré des variations quotidiennes possibles, ce volume journalier d'activité est très corrélé avec le volume annuel (encadré 2).

* Les définitions précises des CH (centres hospitaliers) et des CHRU/CHU (centres hospitaliers régionaux, aussi dénommés CHRU) sont indiquées dans la fiche 1 «cadre juridique et institutionnel» et dans la fiche 2 «les grandes catégories d'établissement».

Champ • Points d'accueil des structures d'urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques en France.

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

direct⁷ vers les services concernés, sans passage par le service d'urgences : 86 % des points d'accueil sont situés dans des établissements qui n'ont pas d'accès direct en gériatrie contre 54 % en moyenne, ils sont 64 % en ce qui concerne la gynécologie contre 40 % et 69 % pour la cardiologie contre 45 %. De plus, ces points d'accueil font moins souvent partie d'un réseau (collaboration, partage de bonnes pratiques, etc.) ou sont moins intégrés dans d'autres formes de coopération, avec 10 points de moins de participation que la moyenne. Les raisons en sont différentes selon leur organisation : les points d'accueil situés en établissements privés à but lucratif sans SMUR fonctionnent de façon indépendante, ceux en établissements dotés d'un SMUR s'inscrivent dans des réseaux spécifiques. En revanche, ces deux types de points d'accueil s'opposent sur la proportion de médecins urgentistes. Les premiers travaillent quasi exclusivement avec des médecins urgentistes, tandis que les seconds fonctionnent surtout avec des médecins non urgentistes : il s'agit alors de pédiatres.

La troisième classe regroupe 28 % des points d'accueil. Il s'agit de structures à fort volume d'activité. Les points d'accueil de cette classe ont la plus forte patientèle (plus de 100 passages par jour en moyenne). Ils disposent tous d'un poste d'accueil et d'orientation, à 80 % d'une assistance sociale, de plusieurs ETP d'internes, de secrétaires, à 66 % d'un psychiatre et à 44 % d'au moins un ETP de brancardier pour le service. Tous les points d'accueil de cette troisième classe ont accès à un scanner et pour la moitié d'entre eux à une IRM, ces deux examens ayant une priorité d'accès pour les urgences. Les accès directs sont plus développés dans les établissements où sont implantés ces points d'accueil : pour 90 % d'entre eux, l'établissement a mis en place un accès direct, organisé ou épisodique, en cardiologie ou en gynécologie et pour 65 % en neurologie et en ophtalmologie. 70 % des points d'accueil situés dans des CHRU appartiennent à cette classe, qui contient aussi un quart des points d'accueil en centres hospitaliers (CH).

7. Certains établissements de santé décrivent aussi une organisation permettant de recevoir en urgence les patients atteints de pathologies spécifiques directement dans les services concernés. C'est ce qui est appelé ici accès direct. Cet accueil en urgence dans les services concernés s'inscrit dans le cadre plus général des hospitalisations non programmées et concerne aussi des établissements n'ayant pas d'autorisation d'accueil des urgences et qui ne sont pas étudiés ici.

TABLEAU 4 ● Description des quatre classes de points d'accueil

Nom de la classe	Classe 1	Classe 2		Classe 3	Classe 4	Ensemble
	Des urgences mutualisées avec le SMUR	Aucune implantation de SMUR	Aucune mutualisation avec le SMUR	Des urgences à fort volume d'activité	Des CH à faible volume d'activité	
Accès direct (en %)						
Pas d'accès direct pour la cardiologie	45	58	89	11	73	45
Pas d'accès direct pour la gériatrie	44	81	92	32	50	54
Pas d'accès direct pour la gynécologie	33	57	79	13	77	40
Pas d'accès direct pour la neurologie	83	86	90	33	82	71
Pas d'accès direct pour l'ophtalmologie	86	82	97	37	86	73
Lien avec le SMUR (en %)						
Médecin SAMU/SMUR impliqué simultanément dans les soins aux urgences	81	1	7	40	52	45
Pas de mutualisation du personnel médical avec le SAMU/SMUR	2	86	85	24	34	36
Pas de mutualisation du personnel non médical avec le SAMU/SMUR	7	90	85	42	39	44
Ressources humaines (en %)						
Gardes de médecins extérieurs au service des urgences	31	15	35	58	43	36
Au moins 1 ETP de brancardier dans le personnel des urgences	36	36	11	44	23	36
Pas d'ETP de secrétaire dans le personnel des urgences	4	8	40	4	23	9
Entre 1 et 4 ETP d'internes dans le personnel des urgences	66	23	58	18	16	39
Plus de 4 ETP d'internes dans le personnel des urgences	5	6	22	77	2	27
Au moins 1 ETP de médecins non urgentistes dans le personnel des urgences	30	15	75	55	29	39
Présence d'un poste d'accueil et d'orientation	30	78	57	99	69	75
Aucun vigile ou officier de sécurité présent aux urgences	86	65	75	59	88	77
Vigile présent aux urgences mais pas 24h/24	10	29	21	39	9	17
Psychiatre aux urgences	12	5	17	66	4	25
Assistante sociale dans le service des urgences	35	32	28	79	20	46
Niveau d'équipement (en %)						
Pas d'IRM sur le site	54	20	7	2	96	32
IRM prioritaire pour les urgences	8	37	40	52	0	29
Pas de scanner sur le site	0	0	0	0	100	8
Scanner prioritaire pour les urgences	95	90	100	100	0	89
Autres dimensions (en %)						
Coopération entre services des urgences	77	69	44	68	86	71
Personnel dédié à l'inventaire de lit	21	61	19	27	18	31
Postes partagés avec d'autres services	46	40	51	50	57	48
Tableau de bord des lits disponibles	89	98	93	91	86	91

ETP : équivalent temps plein.

Lecture • La première classe comporte 254 points d'accueil. Parmi les points d'accueil de cette classe, 45 % sont situés dans un établissement qui n'a pas mis en place un accès direct pour la cardiologie.

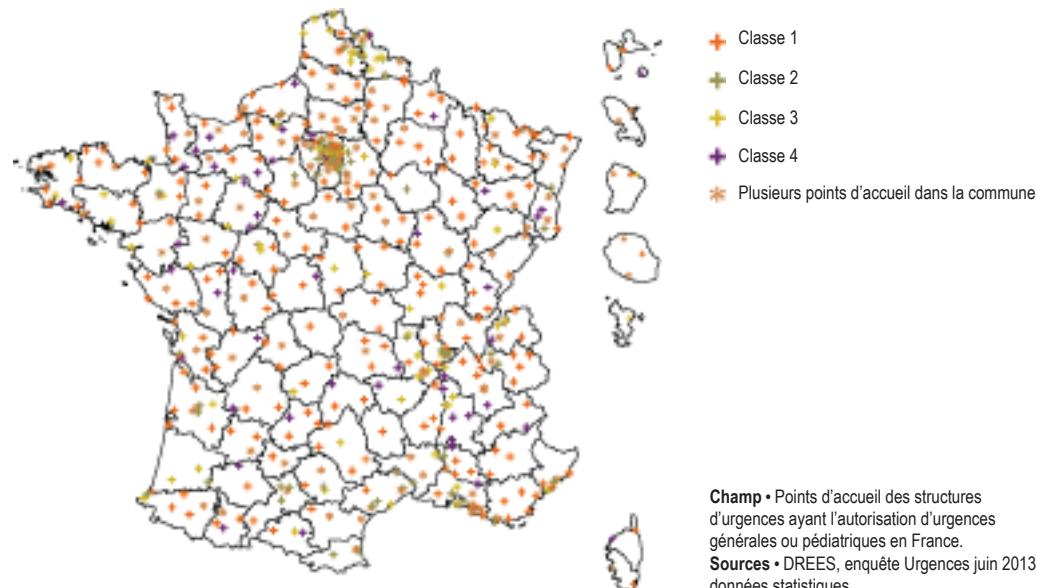
Champ • Points d'accueil des structures d'urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques en France.

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

La dernière classe regroupe des points d'accueil à faible volume d'activité, plus atypiques (8 % des points d'accueil). Ces points d'accueil ont un volume de passage très faible, 26 en médiane le jour de l'enquête. Ils sont rattachés à des établissements faiblement dotés en matériel (il n'y a ni scanner ni IRM sur le site) et le personnel est peu diversifié. Souvent, il n'y a pas d'in-

terne, de poste d'accueil et d'orientation, de psychiatre, d'assistante sociale, de vigile, de personnel dédié à l'inventaire des lits et à l'affectation des patients, etc. Les ressources moins élevées sont compensées par une coopération plus importante avec les établissements environnants (le taux de coopération avec d'autres services d'urgences est de 15 points supérieur à la

CARTE ● Répartition des points d'accueil des urgences selon la classification



moyenne) et avec les autres services de l'établissement (taux de postes partagés supérieur de 10 points). Cette classe est composée à 90 % de CH, et la moitié des établissements travaillent avec un SAMU ou un SMUR. Les points d'accueil situés dans les régions les moins peuplées sont surreprésentés dans cette classe, comme ceux de Basse-Normandie qui représentent 4 % de l'ensemble des points d'accueil mais 13 % de cette classe (carte).

Cette diversité des points d'accueil des urgences hospitalières trouve un écho dans la patientèle accueillie (tableau 5). Plusieurs exemples peuvent illustrer ce lien entre caractéristiques des points d'accueil et de leurs patientèles.

Les patients reçus dans les établissements sans implantation de SMUR sont ainsi moins nombreux à arriver aux urgences par un véhicule des sapeurs-pompiers ou par le SMUR (6 % contre 14 % pour l'ensemble des patients). Ils sont également moins souvent âgés (8 % ont au moins 75 ans, contre 12 % pour l'ensemble des patients). De plus, le diagnostic à leur sortie est plus fréquemment une lésion traumatique.

Les patients accueillis dans les points d'accueil de la troisième classe, à fort volume d'activité, y arrivent plus

souvent que l'ensemble des patients par un véhicule des sapeurs-pompiers ou le SMUR. Ils y bénéficient plus souvent d'actes de biologie, et les pathologies traitées sont plus lourdes. Ils sont plus souvent hospitalisés et 8 % restent aux urgences plus de douze heures (y compris en UHCD) contre 6 % en moyenne.

Enfin, 3 % des patients sont passés par les points d'accueil de la dernière classe, qui regroupe des établissements atypiques du fait de leur faible volume d'activité. Ces patients présentent des caractéristiques spécifiques : dans la moitié des cas, il s'agit d'un problème traumatologique (contre 38 % pour l'ensemble des patients). Ils arrivent rarement par un véhicule des sapeurs-pompiers ou le SMUR (7 % contre 14 % pour l'ensemble des patients) et viennent plus souvent de leur propre initiative (67 % contre 62 % pour l'ensemble des patients). Ils bénéficient beaucoup moins souvent d'actes de biologie (10 points de moins que pour l'ensemble des patients). Ces pathologies plus légères et demandant moins d'actes engendrent des durées aux urgences plus courtes : 13 % des patients sont sortis des urgences en moins de 30 minutes contre 5 % pour l'ensemble des patients, et ils sont plus nombreux à rentrer à leur domicile.

TABLEAU 5 ● La patientèle selon la typologie des points d'accueil

Nom de la classe	Classe 1	Classe 2		Classe 3	Classe 4	Ensemble
	Des urgences mutualisées avec le SMUR	Aucune implantation de SMUR	Aucune mutualisation avec le SMUR	Des urgences à fort volume d'activité	Des CH à faible volume d'activité	
Proportion des patients reçus (en %)	29	17	9	43	3	100
Caractéristiques des patients (en %)						
Moins de 5 ans	8	10	40	9	9	11
75 ans ou plus	15	8	3	13	13	12
Recours aux urgences du lieu de vie habituel *	90	92	93	89	87	90
Mode d'arrivée par ses propres moyens ou accompagné*	53	64	77	48	66	55
Mode d'arrivée par un véhicule des sapeurs-pompiers ou le SMUR*	13	6	10	18	7	14
Patients venus de leur propre initiative ou sur conseil d'un proche*	58	63	64	51	67	62
Caractéristiques du passage aux urgences (en %)						
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	40	44	31	35	48	38
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs	18	16	18	18	14	18
Troubles mentaux	4	2	2	6	4	4
Acte imagerie	49	49	32	45	44	46
Acte biologie	36	27	26	41	26	36
Prise en charge en salle d'accueil des urgences vitales	6	3	2	5	5	5
Durée aux urgences (en %)						
Moins d'une demi-heure	5	5	6	3	13	5
Entre 1 demi-heure et 2 heures	42	46	49	32	56	39
Au moins 12 heures	5	3	3	8	3	6
Sortie (en %)						
Retour au domicile	74	84	80	72	82	76
Hospitalisation	22	13	17	22	15	20

* Les pourcentages sont calculés sur les seuls patients interrogés, dont le champ varie selon les questions. Par exemple, la question du recours aux urgences du lieu de vie habituel n'est pas posée aux patients inconscients non accompagnés.

Champ • Patients étant passés dans un point d'accueil des structures d'urgences ayant l'autorisation d'urgences générales ou pédiatriques en France.

Sources • DREES, enquête Urgences juin 2013, données statistiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Baubéau D., Carrasco V., 2003, « Motifs et trajectoire de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, n° 215, DREES, janvier.
- Boisguérin B., Valdelièvre H., 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et Résultats*, n° 889, DREES, juillet
- Carrasco V., Baubéau D., 2003, « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats* n° 212, DREES, janvier.
- « La médecine d'urgence », fiche dans Le Panorama des établissements de santé – édition 2014, coll. Études et Statistiques, DREES, janvier.
- Ricroch L., 2015, « Les urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité », *Études et Résultats*, à paraître.
- Vuagnat A., 2013, « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? », dans Le Panorama des établissements de santé – édition 2013, coll. Études et Statistiques, DREES, janvier.

3

Tarification à l'activité et réadmission

Tarification à l'activité et réadmission

Engin YILMAZ, Albert VUAGNAT

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

De nombreux pays de l'OCDE ont introduit des systèmes de paiement à l'activité pour financer leurs établissements de santé. La France a ainsi adopté en 2004 la réforme dite de « tarification à l'activité » (T2A) afin d'inciter ces établissements à davantage d'efficience. La mise en place de cette réforme a surtout intégré jusqu'ici l'impératif économique comme première préoccupation. Toutefois, pour le régulateur, il est important de suivre les effets de cette réforme sous l'angle de la qualité des soins. Une mesure de la qualité des prises en charge peut être appréhendée par le taux de réadmission à trente jours.

Cette étude s'intéresse à la réadmission à la fois sur la période qui précède la T2A et sur la période faisant suite à sa mise en place. La période d'étude s'étend ainsi de 2002 à 2012. À partir des données du Programme médicalisé du système d'informations (PMSI), pour chaque séjour chirurgical, la réadmission est calculée, au moyen du chaînage des résumés PMSI, à trente jours après la sortie.

Les résultats descriptifs de l'analyse mettent en avant une augmentation de la fréquence de réadmission observée au niveau global, mais qui s'explique notamment par une modification de la structure de la population (vieillissement), ainsi que par les modifications de prise en charge, notamment sur l'activité ophtalmologique où on observe une augmentation de la fréquence de réadmission importante sur la période étudiée. Cette hausse des réadmissions ne s'explique pas par la mise en place de la T2A.

Le financement des établissements de santé est un enjeu majeur du système de santé compte tenu du poids important des soins hospitaliers. Différents types de mécanismes existent afin de financer les établissements de santé : le paiement à la journée, la dotation globale et le paiement à la pathologie. De nombreux pays de l'OCDE ont choisi des systèmes de paiement à la pathologie. Ainsi, les États-Unis sont les premiers à expérimenter, en 1983, puis à généraliser, en 1987, un schéma de paiement prospectif basé sur une tarification à la pathologie pour les patients assurés par le biais de Medicare. En 2004, la France a adopté la réforme dite de « tarification à l'activité » (T2A) afin d'inciter ces établissements à davantage d'efficience (encadré 1).

Le fondement théorique de la tarification à l'activité consiste à confronter les établissements de santé à un prix fixe, dans le cadre d'une concurrence par comparaison (Shleifer, 1985). Dans ce mécanisme de concurrence par comparaison, un prix fixe est déterminé pour chaque prestation au coût moyen observé sur

l'ensemble des établissements. À travers ce prix fixe, chaque établissement peut se comparer à l'ensemble, ce qui contribue à stimuler la concurrence entre eux. Par ce biais, les établissements sont incités à rechercher l'efficience afin de réduire leurs coûts.

Des études menées en France mettent en évidence des effets positifs de la T2A sur la performance économique des hôpitaux. En effet, on observe une augmentation de la productivité des hôpitaux publics sur la période 2003-2009 (Studer, 2012 ; Yilmaz et Frikha, 2012). Des travaux descriptifs réalisés sur la période 2003-2011 montrent une augmentation de l'activité de court séjour réalisée par les établissements de santé, en nombre de séjours comme en montants remboursés aux établissements par l'Assurance maladie, mais les évolutions sont contrastées selon les secteurs. Ainsi, l'analyse de l'évolution des parts de marché en nombre de séjours – valorisés ou non par les tarifs – montre une augmentation de la part des établissements publics au détriment des cliniques privées (Evain, 2011 ; Evain, 2013).

ENCADRÉ 1 ● La tarification à l'activité en France

À partir de 2004, les établissements de santé ont vu leur mode de financement profondément modifié suite à l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) mise en place pour les inciter à davantage d'efficience. Les modes de financement précédemment en vigueur ont été, en effet, jugés peu équitables et faiblement incitatifs à l'efficience. Ainsi, cette réforme du financement concerne l'ensemble des établissements de santé pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Pour les établissements publics, le financement est passé d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative, appelée dotation globale (DG), à un financement de l'activité de soins réalisés. Pour les établissements privés à but lucratif, le financement précédent la T2A était basé sur des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunération des praticiens libéraux) sur la base de tarifs historiques, variables localement et négociés avec l'agence régionale de l'hospitalisation. Le paiement à l'activité était donc déjà en vigueur pour ces établissements, mais sous une autre forme.

Le principe de cette réforme réside dans le financement forfaitaire des séjours hospitaliers, à l'exception des honoraires médicaux pour le secteur privé qui peuvent comporter des dépassements vis-à-vis du tarif associé à chaque acte médical. Les forfaits hospitaliers sont déterminés à partir du codage des diagnostics réalisés et des actes pratiqués lors de chaque hospitalisation. Ce codage a été institué par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ces forfaits correspondent à une classification qui regroupe automatiquement, selon un algorithme, les séjours hospitaliers ayant des caractéristiques médicales et économiques similaires en des groupes homogènes de malades (GHM). À chaque forfait hospitalier est alors associé un tarif ; celui-ci ne prend pas en compte les honoraires médicaux pour le secteur privé à but lucratif.

Alors que cette réforme s'est mise en place intégralement depuis 2005 pour le secteur privé, la mise en place a été progressive entre 2004 et 2008 pour les établissements publics et privés participant au service public hospitalier. Une seconde phase de la réforme, entre 2009 et 2011, a consisté à rapprocher les tarifs appliqués aux différents hôpitaux publics jusqu'à converger vers le tarif unique national pour chaque GHM. Pour les établissements privés à but lucratif, la phase d'ajustement des tarifs vers les tarifs nationaux s'est étalée entre 2005 et 2011.

La forfaitisation du financement par séjour a abouti à préciser la définition des séjours hospitaliers par le biais d'une instruction du ministère de la Santé au second semestre de 2006. Cette circulaire indique les caractéristiques médicales (actes, état de santé et complexité des procédures de diagnostics) nécessaires pour que puisse être facturé un séjour hospitalier ; dans le cas contraire, ne pourront être facturés que des actes de consultation le cas échéant avec des suppléments. Au préalable, ceci était laissé à la libre appréciation de chaque établissement.

Par ailleurs, des travaux de recherche ont examiné l'impact du changement de tarification sur l'activité, en prenant en compte la concurrence créée par ce nouveau système de financement (Choné *et al.*, 2013). Les résultats identifient un impact de la concurrence locale sur l'évolution des parts de marché : suite à la réforme, le volume d'activité des hôpitaux publics a d'autant plus augmenté que ces hôpitaux étaient dans un environnement concurrentiel sur la période 2005-2008. Si cette hausse de la productivité des hôpitaux publics s'appuie à titre principal sur un accroissement de leur activité grâce à des gains de parts de marché, la croissance des coûts de production a été contenue grâce à la relative stabilité, en équivalent temps plein (ETP), des effectifs des hôpitaux entre 2007 et 2011. Les incitations inhérentes à la réforme auraient donc été bien intégrées par les établissements publics de santé.

Un questionnement sur la relation entre tarification à l'activité et qualité des soins hospitaliers

Face à cette recherche d'efficience, une question souvent évoquée concerne le lien entre l'effort de réduction du coût et l'effort d'amélioration de la qualité des soins, deux objectifs pouvant apparaître comme contradictoires. Près de dix ans après cette réforme, la question de la qualité des soins et de son amélioration devient de plus en plus présente dans les politiques publiques de santé. Depuis fin 2013, le ministère de la Santé, en lien avec la Haute Autorité de santé, a lancé un site d'information Scope santé¹. Cette nouvelle étape améliore l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. Toutefois, la mise en place de la réforme de la tarification à l'activité en France a surtout intégré jusqu'ici l'impératif économique comme première préoccupation. Ainsi, « la tarification introduit un déséquilibre dans la visibilité des performances ; les performances économiques sont révélées alors que les performances en termes de qualité ne bénéficient pas d'une pareille transparence » (Bras, 2012). Pour le régulateur, il est donc important de vérifier et de suivre aussi les effets de cette réforme sous l'angle de la qualité des soins. En effet, cette question est importante en termes de régulation du système de santé, dans la mesure où la recherche de l'efficience ne doit pas se faire aux dépens de la qualité des soins. Cette réforme de la

T2A encourage les établissements à davantage d'efficience, via notamment la diminution des durées de séjour qui permet de prendre en charge un plus grand nombre de patients pour une même capacité d'accueil. Il est donc en théorie possible que les établissements aient « économisé » sur la qualité des soins (Or et Häkkinen, 2012). Toutefois, cette interprétation du lien entre durée de séjour et qualité des soins n'est pas univoque. En effet, une littérature en économie de la santé considère plutôt la durée moyenne de séjour comme un indicateur d'efficience : les faibles durées de séjour n'y sont pas associées à une mauvaise qualité des soins, mais au contraire à une meilleure organisation de la prise en charge, notamment pour ce qui concerne la sortie des patients. La plupart des études de corrélation trouvent en général un effet nul ou négatif entre durée moyenne de séjour et qualité, notamment Thomas, Guire et Horvat (1997). Par ailleurs, d'autres modèles théoriques indiqueraient que la concurrence créée par la T2A s'opérerait par la qualité : on parle alors de concurrence en qualité. Dans ce cadre-là, la théorie économique prédit que le paiement prospectif est le plus efficace (Bardey *et al.*, 2013). Ainsi, les parts de marché se formeraient via un investissement sur la qualité (Choné *et al.*, 2013). Dans ce sens, on observe une baisse de la durée de séjour qui ne signifie pas nécessairement une baisse de la qualité.

Enfin, la réforme de la T2A instaurant un forfait par séjour, le risque d'induire une fragmentation de la prise en charge en plusieurs séjours afin de maximiser les recettes existe. Pour contrôler cette éventualité, le chaînage des résumés du PMSI a été institué, puis généralisé à partir de 2001. Le chaînage consiste à rassembler, dans le système d'information hospitalier, les différents séjours d'un même patient au moyen d'un numéro anonyme. Il convient de noter que ces évolutions s'inscrivent dans un mouvement de modifications lentes et progressives des pratiques avec un raccourcissement des durées de séjours, le développement de la prise en charge en ambulatoire et des thérapeutiques moins invasives, de l'hospitalisation à domicile, etc.

La question de la qualité des soins s'est aussi posée dans les pays qui ont mis en place un système de *prospective payment*, c'est-à-dire le paiement des séjours au forfait par type de prise en charge, en particulier pour l'activité programmée, où les recettes sont

1. Ce site a succédé à la base de données Platines qui fournissait une information grand public sur l'activité et la qualité des établissements de santé de court séjour dits « MCO » (médecine, chirurgie et obstétrique) et de soins de suite et réadaptation fonctionnelle (SSR).

connues à l'avance. Pour tenter d'y répondre, la plupart des études empiriques, principalement américaines, utilisent l'indicateur de réadmission comme une façon d'approcher la qualité des soins afin d'analyser l'évolution de la qualité après la mise en place d'un *prospective payment system* (Guccio *et al.*, 2014). Les premières études (Davis et Rhodes, 1988) comparent les patients assurés par Medicare avant et après la mise en œuvre du *prospective payment*. Les auteurs ont montré que le paiement à l'activité s'est accompagné d'une réduction de la durée du séjour. Parallèlement, le taux de mortalité et le taux de réadmission n'ont pas augmenté. Kahn *et al.* (1990) ont montré que la durée du séjour a diminué de 24 %, et que le taux de réadmission est resté inchangé. Inversement, Cutler (1995) montre que les taux de réadmission ont augmenté dans les établissements déficitaires (sous pression financière) sans que la morbidité soit véritablement modifiée.

En France, 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. Ainsi, le projet IFAQ (incitation financière à l'amélioration de la qualité), expérimenté auprès de 220 établissements, s'appuie sur des indicateurs de processus (tenue du dossier patient, traçabilité de l'évaluation de la douleur, délai d'envoi du courrier en fin d'hospitalisation, etc.). Malgré leur intérêt, ces indicateurs ne donnent qu'une vue indirecte des performances des établissements en termes de qualité des soins (Lilford *et al.*, 2007). Néanmoins, quelques études se sont intéressées à cette question de la qualité des soins. 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. 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, 2011 ; Michel *et al.*, 2011), sans même évoquer le changement induit par la définition de l'aléa thérapeutique dans la législation en 2002. Une étude réalisée sur les établissements de l'AP-HP s'est intéressée au lien entre la durée de séjour et la survenue de réadmissions imprévues liées au séjour initial entre 2002 et 2005, pour deux procédures particulières : les

cholécystectomies simples et les accouchements par voie basse sans complications. Les auteurs associent des durées de séjour plus courtes à une probabilité plus importante de réadmission (Brahami *et al.*, 2008). Des travaux ont mis en évidence un lien entre le volume d'activité et la qualité mesurée à travers les réadmissions et la mortalité (Or et Renaud, 2009). Ainsi, la probabilité de réadmission et de mortalité est plus élevée dans les établissements à faible volume d'activité. Plus récemment, des travaux réalisés par l'IRDES et l'Institut Gustave Roussy montrent une augmentation du taux de réadmission à trente jours pour les principales prises en charge cardiovasculaires et de cancérologie depuis l'introduction de la T2A (Or *et al.*, 2013).

La présente étude a pour objectif d'analyser le taux de réadmission à trente jours après un séjour en chirurgie sur la période 2002-2012 à travers une approche globale et une approche multivariée (encadré 2), l'idée étant qu'une hausse des réadmissions expliquée par la T2A pourrait être le signal d'une dégradation de la qualité. Alors que la plupart des recherches se focalisent sur une pathologie donnée et en déterminent les facteurs de réadmission, le choix a été fait ici de retenir une approche globale et comparative selon le statut juridique de l'établissement. Cette approche globale considère ainsi les procédures chirurgicales dans leur ensemble ; chaque acte opératoire est réalisé après avoir fait la balance bénéfice/risque pour le patient et selon un protocole technique défini. Avantage que le niveau de réadmission, c'est l'évolution de ce phénomène conjoint à la mise en place de la T2A qui fait l'objet de l'analyse. On observe l'évolution des réadmissions sur la période précédant la T2A (2004 pour le public et 2005 pour le privé) et sur la période après mise en œuvre de la réforme. Il est ainsi possible d'interroger l'effet de la modification du financement sur les pratiques d'organisation des prises en charge, en portant un regard comparé entre les secteurs public et privé pour lesquels la mise en place de la T2A s'est réalisée de manière différente pour aboutir à un système « convergent ».

Une durée moyenne de séjour qui diminue graduellement

Le nombre de séjours de chirurgie augmente (tableau 1), passant de 4,1 millions en 2002 à 5,3 millions en 2012². Le secteur privé lucratif réalise plus de séjours chirurgicaux que le secteur public.

2. Pour l'ensemble de la base de données PMSI, le nombre de séjours de chirurgie est passé de 5,4 millions en 2002 à 6,2 millions en 2012.

Entre 2002 et 2012, des évolutions régulières sont observées pour les séjours avec chirurgie réalisés dans les 782 établissements ayant eu une activité de plus de 300 séjours et l'ayant transmise chaque année de la période considérée. Ainsi, l'âge moyen des patients a augmenté : 48,6 ans en 2002 contre 51,3 ans en 2012. La durée moyenne des séjours, hospitalisation complète et ambulatoire, diminue, passant de 4,3 jours en 2002 à 3 jours en 2012. Bien que le secteur privé lucratif réalise toujours plus de séjours, sa part relative a baissé (60,2 % des séjours chirurgicaux en 2002

contre 58,6 % en 2012). Un séjour chirurgical sur dix est admis via les urgences.

Les séjours avec chirurgie orthopédique, ophtalmologique, ORL (oto-rhino-laryngologie), digestive, gynécologique, ou urologique représentent 80 % des séjours chirurgicaux sur l'ensemble de la période. Le nombre de séjours avec chirurgie ophtalmologique s'est accru : la chirurgie de la cataracte est associée à l'augmentation de la longévité et à une évolution des pratiques rendues possibles par le progrès des techniques opératoires. À l'inverse, le nombre de séjours

TABLEAU 1 ● Caractéristiques globales des séjours de chirurgie

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Âge moyen	48,6	49,2	49,5	49,8	49,7	49,8	50,3	50,6	51,0	51,0	51,3
Durée moyenne de séjour (en jours)	4,3	4,2	4,0	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,1	3,0
Homme (en %)	46,9	47,0	47,0	47,2	47,6	48,0	48,0	48,0	48,0	48,0	47,7
Statut juridique de l'établissement (en %)											
privé	60,2	61,3	60,1	60,5	59,9	59,1	58,2	58,4	58,2	58,2	58,6
public	39,8	38,7	39,9	39,5	40,1	40,9	41,8	41,6	41,8	41,8	41,4
Part des séjours avec admission par les urgences (en %)	-	-	-	-	-	-	9,0	10,1	10,6	11,1	11,4
Pôle d'activité (en %)											
AB - Orthopédie, rhumatologie	26,4	26,2	26,5	27,0	27,3	27,4	27,6	27,8	27,7	27,6	27,4
AI - Ophtalmologie	11,4	12,2	12,5	12,7	12,9	13,0	13,2	13,7	14,0	14,2	14,5
AH - ORL, stomatologie	12,8	12,7	12,3	12,4	13,2	13,2	12,9	12,7	12,7	12,8	12,8
AA - Digestif	13,0	12,9	12,4	12,1	11,8	11,7	11,7	11,5	11,6	11,4	11,2
AJ - Gynécologie	9,3	9,3	8,7	8,4	8,5	8,3	8,2	8,1	7,8	7,8	8,0
AC - Uro-néphrologie	6,8	6,8	6,8	6,9	7,1	7,3	7,3	7,4	7,6	7,7	7,7
AP - Tissu cutané et tissu sous-cutané	5,9	5,8	6,6	6,8	6,1	5,9	5,9	6,1	6,2	6,4	6,4
AF - Vasculaire périphérique	5,4	5,3	5,2	5,1	5,2	5,1	5,1	5,0	4,8	4,7	4,7
AD - Système nerveux	2,9	2,8	3,0	2,8	2,4	2,5	2,5	2,5	2,6	2,5	2,4
AE - Cardiologie	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9
AO - Endocrinologie	1,2	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0
AX - Autres prises en charge	1,0	1,1	1,0	1,0	0,9	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6
AG - Pneumologie	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
AM - Hématologie	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
AQ - Brûlures	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
AU - Traumatismes multiples ou complexes graves	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
AV - Psychiatrie, toxicologie, intoxications, alcool	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
AS - Maladie VIH	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ensemble (en séjours)	4 058 201	4 143 632	4 322 156	4 529 058	4 639 829	4 722 789	4 806 150	4 921 823	5 017 772	5 186 634	5 270 938

Champ • Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM (hors Mayotte), hors SSA ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources • ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements DREES.

ENCADRÉ 2 ● Méthodologie**Sources et champ**

L'étude s'appuie sur les données nationales du PMSI-MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information – Médecine, chirurgie, obstétrique, i.e. le court séjour). Les bases de données du PMSI comportent, pour chaque séjour hospitalier, des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), du séjour (établissement de santé, durée de séjour, mode d'entrée et de sortie, diagnostics, actes réalisés pendant le séjour), des informations de valorisation économique (groupe homogène de malade – GHM, suppléments) et des informations, dites de « chaînage », permettant de relier, le cas échéant, différents séjours d'un même patient. Pour valoriser leur activité, tous les établissements de santé sont tenus de produire les données PMSI pour l'ensemble de l'activité d'hospitalisation de court séjour, complète comme partielle.

Pour cette étude, les séjours avec GHM de type chirurgical ont été sélectionnés dans les bases de données PMSI-MCO nationales des années 2002 à 2012. Le GHM résulte de l'application automatique d'un algorithme de classification prenant appui sur les informations de chaque séjour, dont celle de la réalisation d'un acte de chirurgie. Seuls les séjours des établissements ayant eu une activité de chirurgie sur l'ensemble de la période, en tenant compte des regroupements d'établissements, ont été retenus. Afin d'être à champ constant, certains séjours ambulatoires (sans nuit) des années 2002 à 2006 ont été écartés. Ces séjours correspondent à la réalisation d'actes qui, isolément, ne peuvent plus donner lieu, à compter de 2007, à la facturation d'une hospitalisation (circulaire DHOS/F1/MTAA n°2006-376 du 31 août 2006, liste des actes ouvrant droit à la facturation d'un forfait sécurité-environnement). En effet, à partir de 2007, ce type de prise en charge est facturé comme consultation externe et n'apparaît plus dans le fichier des séjours, source d'informations utilisée ici. L'échantillon retenu comporte près de 52 millions de séjours sur cette période, représentant 81 % de l'ensemble des séjours avec GHM de type chirurgical figurant dans les bases de données PMSI (75 % en 2002, 85 % en 2012).

In fine, 19 % de séjours chirurgicaux ne figurent pas dans l'échantillon. Sur ces 19 %, 14 points correspondent à la non-prise en compte d'établissements dont l'activité de chirurgie ne figure pas ou est inférieure à 300 séjours annuels dans les fichiers annuels du PMSI de 2002 à 2012. Cette absence s'explique, d'une part, par le début ou l'arrêt de l'activité de chirurgie sur la période, d'autre part, par un début de transmission du PMSI en cours de période (Guyane en 2003, Mayotte en 2008, le service de santé des armées en 2009) ou un défaut ponctuel de transmission des données PMSI (notamment l'année 2004 pour les établissements privés). Les 5 points restants correspondent à la non-prise en compte de séjours avec les caractéristiques suivantes : absence d'information de chaînage nécessaire pour le calcul d'une réadmission éventuelle à trente jours (3 points), actes isolés devant être réalisés en consultation et non en hospitalisation, sauf circonstances médicales particulières (1,5 point) et décès hospitalier (0,5 point).

La réadmission à trente jours

La réadmission peut être repérée à partir des systèmes d'information. Ainsi, pour chaque séjour chirurgical sélectionné, le délai entre la sortie et une nouvelle admission du patient en MCO a été calculé en prenant appui sur les informations de chaînage du PMSI : numéro anonyme constant par patient et positionnement chronologique relatif du début de chaque hospitalisation pour un même numéro anonyme. Ces informations nous permettent de relier et d'ordonner les séjours réalisés pour chaque patient et ainsi de calculer un délai entre les séjours et la survenue d'une réadmission pour chaque séjour. Dans le cadre de ce travail sont considérées comme des réadmissions la survenue d'une nouvelle hospitalisation en MCO dans les trente jours suivant la sortie d'un séjour chirurgical, quels que soient le motif de ce second séjour et l'établissement où s'effectue cette nouvelle hospitalisation. Le délai de trente jours est celui habituellement retenu dans la littérature académique relative à l'étude des réadmissions au niveau global. Toutefois, pour certaines pathologies précises comme la chirurgie de la hanche ou du genou, un délai de quatre-vingt dix jours est parfois utilisé¹. Sont cependant exclues les sorties par transfert (la prise en charge se poursuit de facto), les séances (traitements itératifs par nature) et la néonatalogie (le numéro anonyme ne permettant pas de distinguer les jumeaux). Ce nouveau séjour peut survenir en cas d'évolution de la pathologie, si un événement de santé intercurrent se produit,

••• qu'il soit ou non associé à la prise en charge initiale, si la prise en charge est fragmentée, ce qui est parfois fréquent, pour la chirurgie de la cataracte par exemple. Le calcul n'est pas effectué pour les séjours avec décès hospitalier, car sans objet. Il ne l'est pas non plus lorsque les informations produisant un numéro anonyme sont erronées (signalé dans les données), la mise en correspondance des séjours pouvant alors être faussée. À partir de cette définition de la réadmission à trente jours, il existe différentes possibilités pour calculer un taux de réadmission² (AHIP, 2012). Ainsi, le nombre de séjours en réadmission peut être rapporté soit au nombre de patients, soit au nombre de séjours, pour nous donner respectivement un taux moyen de réadmission par admission ou par patient. Dans la présente étude, le taux de réadmission se définit comme le rapport entre les séjours en réadmission sur l'ensemble des séjours. On mesure donc ici un taux moyen de réadmission par admission.

La définition globale de la réadmission a justifié le choix de s'intéresser seulement aux séjours de chirurgie, dans la mesure où cela nécessite un acte pour lequel une probabilité de réadmission existe. Pour les séjours de médecine, une approche globale serait moins pertinente. Il serait plus judicieux de cibler une pathologie.

Caractéristiques pouvant être reliées à une réadmission

La fréquence des réadmissions au 30^e jour a été décrite selon les caractéristiques des séjours figurant dans les résumés PMSI : année d'hospitalisation, âge, sexe, mode d'admission, type d'établissement de santé, morbidité, durée de séjour. Les informations d'âge et de durée de séjour ont été transformées en classes (âge en décades, jusqu'à la 9^e ; durée de séjour en jours calendaires révolus, jusqu'au 10^e). Ainsi, il sera possible de mesurer, pour chaque classe, le taux de réadmission, sa variation n'étant pas nécessairement linéaire, avec par exemple de plus fortes fréquences pour les valeurs extrêmes de la durée de séjour (Brahami et al., 2008). Le type d'établissement de santé distingue le mode de financement : la dotation globale de financement (DGF) pour les établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier et l'objectif quantifié national (OQN) pour les établissements privés à but lucratif. Le mode d'admission distingue l'admission directement depuis le domicile (notamment les hospitalisations programmées), l'admission via le service des urgences et les transferts depuis un autre établissement de santé. Il convient de noter que l'information concernant l'admission par les urgences ne figure dans les résumés PMSI qu'à compter de 2004 et qu'elle est renseignée par les établissements sur un mode volontaire. Toutefois, en comparant avec le recueil de la Statistique annuelle des établissements (SAE), l'exhaustivité semble avoir été approchée à compter de l'année 2008.

La fréquence des réadmissions au 30^e jour est décrite selon deux modalités de la morbidité : le pôle d'activité de la classification OAP (outil d'analyse du PMSI), et le score de comorbidité de Charlson. La classification de séjour OAP prend appui sur le GHM attribué à chaque séjour selon un algorithme prenant en compte les informations PMSI, notamment les diagnostics et les actes réalisés. Les GHM ont ensuite été regroupés dans 23 pôles d'activité correspondant pour la plupart à des spécialités d'organes. Pour les séjours chirurgicaux, 19 pôles d'activité sont définis. L'intérêt de ce type de regroupement est double : d'une part, rassembler les GHM en un nombre restreint de groupes distincts tout en restant significatif et, d'autre part, de disposer de groupes de périmètre constants sur la période 2002-2012. En effet, sur cette période, 9 versions successives de la classification en GHM ont été appliquées afin d'adapter en continu les GHM à l'activité et à son financement. L'algorithme d'attribution des GHM utilisant essentiellement le diagnostic principal parmi les informations de diagnostic, le score de Charlson (Charlson et al., 1987), déterminé sur les diagnostics associés, permet de tenir compte des autres pathologies qui peuvent simultanément affecter le patient. Ce score correspond à la somme des coefficients définis pour chacun des 17 groupes de pathologies chroniques. Les valeurs prises par ce score s'étendent de 0 (absence de pathologie chronique) à 40 (maximum théorique). Cependant, des valeurs de 6 et plus étant associées, par construction de ce score, à une très forte probabilité de décès dans l'année suivant l'hospitalisation, la valeur du score a été plafonnée à 8 dans le cadre de ce travail.

1. Institut canadien d'information sur la santé, Guide de référence rapide sur les indicateurs cliniques.

2. www.medicare.gov/hospitalcompare/Data/30-day-measures.html

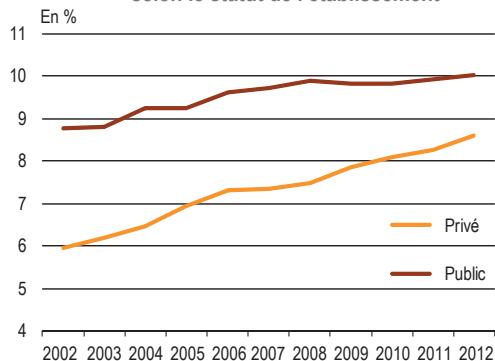
avec chirurgie digestive a baissé, notamment pour les ulcères gastriques qui sont soignés par antibiotiques et non plus par la chirurgie.

En données brutes, le taux de réadmission augmente dans le secteur public et le secteur privé

Entre 2002 et 2012, les taux de réadmission suite à un séjour chirurgical augmentent à la fois dans le secteur public (regroupant dans cette étude les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif) et dans le secteur privé (graphique 1). Le taux global de réadmission est plus élevé dans les établissements publics que dans les cliniques privées. En effet, ils accueillent généralement les cas les plus complexes au sein de chaque pathologie, ce qui peut expliquer cet écart. Trois phases se succèdent. On constate une hausse du taux de réadmission plus importante pour le secteur privé entre 2002 et 2005, puis une évolution similaire entre les deux secteurs entre 2005 et 2008, enfin, une augmentation de nouveau supérieure pour le secteur privé entre 2008 et 2012. Toutefois, ces évolutions brutes peuvent être la conséquence de nombreux phénomènes : évolution du case-mix d'activité, des pratiques, vieillissement de la population, etc. Il convient d'analyser ces évolutions à un niveau de détail plus fin.

Les résultats descriptifs soulignent la disparité des taux de réadmission à trente jours entre les différents pôles d'activité (graphique 2) sur la période étudiée, tant en niveau qu'en évolution. En 2012, ce taux varie de 2,7 % pour l'ORL-stomatologie à 26 % pour l'hématologie et

GRAPHIQUE 1 ● Évolution du taux de réadmission selon le statut de l'établissement

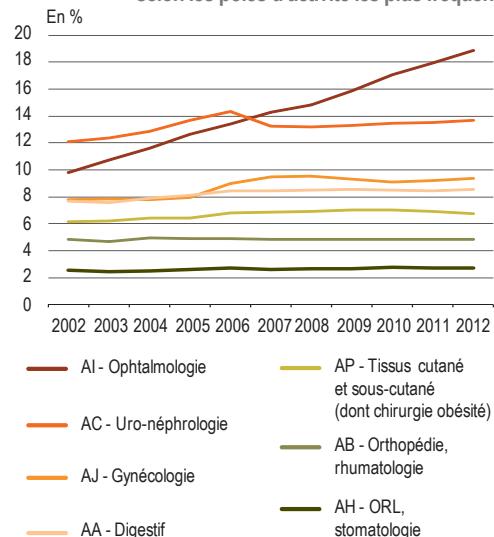


Champ • Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM (hors Mayotte), hors SSA, ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources • ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements DREES.

à 27 % pour le traitement chirurgical des brûlures. Les évolutions sur la période 2002-2012 sont aussi disparaîtes. Deux pôles d'activité présentent d'importantes évolutions du taux de réadmission : l'ophtalmologie et le VIH. Pour le premier, le taux de réadmission est passé de 9,8 % en 2002 à 19 % en 2012. Cette augmentation pourrait refléter une modification des pratiques. L'essor de la prise en charge en ambulatoire de la cataracte, grâce à des techniques chirurgicales moins lourdes, permet d'intervenir pour un patient sur un œil et d'intervenir quinze jours plus tard sur l'autre œil, y compris pour des personnes très âgées (ANAES, 2000). Dans ce cas, cette réadmission ne reflète pas une détérioration de la qualité des soins, mais plutôt une modification de la prise en charge. C'est pourquoi, le choix a été fait dans l'un des modèles économétriques (modèle M1) d'exclure les séjours appartenant à l'ophtalmologie. Quant au VIH, le taux de réadmission a baissé. L'amélioration de l'efficacité des traitements antirétroviraux a, en effet, modifié la prise en charge de ces patients, requérant moins d'hospitalisations à intervalles rapprochés. Pour les autres types de chirurgie, excepté la chirurgie vasculaire périphérique (dont la chirurgie des varices), le taux de réadmission dans les trente jours après la sortie est très stable sur la période 2002-2012.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution du taux de réadmission selon les pôles d'activité les plus fréquents



Note • Les 7 pôles d'activité regroupent 87 % de l'ensemble des séjours sur la période.

Champ • Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM (hors Mayotte), hors SSA, ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources • ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements DREES.

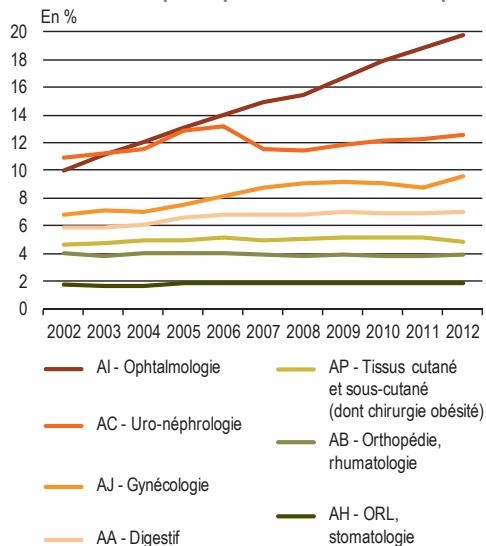
Le profil d'évolution des taux de réadmission par pôle d'activité diffère aussi selon le type d'établissement (graphiques 3 et 4). Ainsi, l'augmentation du taux de réadmission pour l'ophtalmologie est davantage marquée pour les établissements privés, ce qui peut traduire une modification plus rapide des modes d'organisation dans la chirurgie de la cataracte : leur taux de réadmission passe de 10 % en 2002 à 20 % en 2012. Il passe de 9 % en 2002 à 16,5 % en 2012 pour les établissements publics. Concernant les autres pôles d'activité, l'évolution du taux de réadmission est quasiment stable pour le secteur public et le secteur privé, hormis pour les problèmes liés au système digestif, la gynécologie dans le public et l'uro-néphrologie dans le privé, où on constate une légère augmentation en 2005 et 2006.

Le taux de réadmission présente un gradient par rapport à l'âge (graphique 5). Il avoisine les 3 % pour les patients de moins de 20 ans, alors qu'il monte à près de 15 % pour les 70 ans ou plus. Cet effet serait lié à la complexité et la sévérité des pathologies des personnes âgées, qui ont moins de réserves physiologiques et cicatrisent moins vite. Toutefois, entre 2002 et 2012, on note pour cette tranche d'âge une accélération du taux de réadmission, qui passe de 10 % à 15 %,

alors que ce taux est resté relativement stable pour les autres tranches d'âge. Ces évolutions s'expliquent en grande partie par l'ophtalmologie, notamment la chirurgie de la cataracte pour laquelle la prise en charge s'est accrue pour les personnes âgées. On observe aussi un lien entre la durée de séjour et le taux de réadmission. Toutefois, ce lien ne serait pas linéaire dans la mesure où le taux de réadmission est plus faible pour les séjours initiaux ayant des durées de séjour médianes (graphique 6). Ainsi, le taux de réadmission varie de 9 % pour les séjours ambulatoires (0 jour) à 16 % pour les séjours longs (de 10 jours et plus), alors que ce taux est plus faible pour les séjours de 3 jours (7 %). Les différences sur l'évolution du taux de réadmission selon la durée de séjour sont assez contrastées. Ainsi, ce taux augmente sensiblement pour les séjours longs et les séjours ambulatoires.

Ainsi, ces résultats mettent en évidence une partie des facteurs permettant d'expliquer la réadmission. Afin d'évaluer l'évolution de ce phénomène, ce constat descriptif confirme bien l'intérêt de prendre en compte ces différents facteurs en réalisant une analyse multivariée afin de mesurer l'évolution des réadmissions toutes choses égales par ailleurs (encadré 3).

GRAPHIQUE 3 ● Évolution du taux de réadmission selon les pôles d'activité les plus fréquents pour les établissements privés

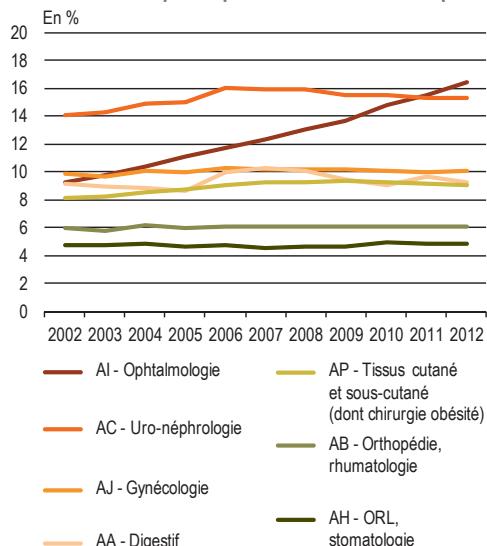


Note • Les 7 pôles d'activité regroupent 90 % de l'ensemble des séjours sur la période.

Champ • Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM (hors Mayotte), hors SSA, ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources • ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements DREES.

GRAPHIQUE 4 ● Évolution du taux de réadmission selon les pôles d'activité les plus fréquents pour les établissements publics

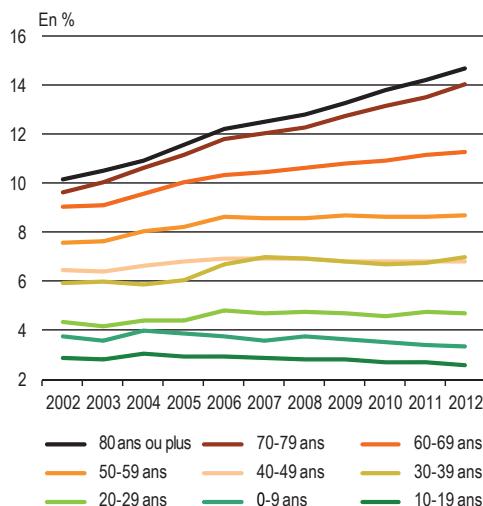


Note • Les 7 pôles d'activité regroupent 82 % de l'ensemble des séjours sur la période.

Champ • Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM (hors Mayotte), hors SSA, ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources • ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements DREES.

GRAPHIQUE 5 ● Évolution du taux de réadmission selon l'âge



Champ • Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM (hors Mayotte), hors SSA, ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources • ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements DREES.

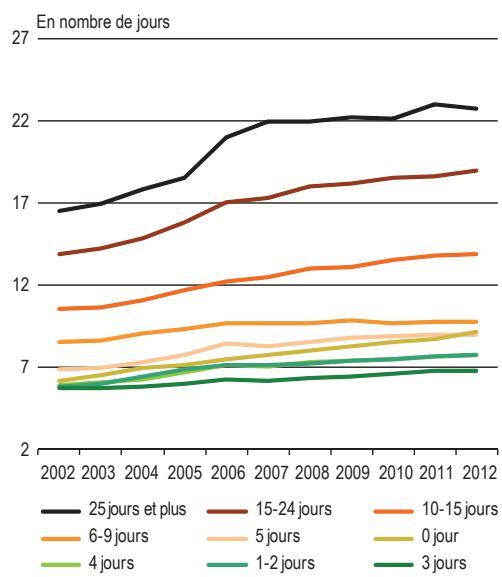
La hausse des réadmissions entre 2002 et 2012 s'explique par l'évolution des modes de prise en charge

Pour mesurer l'évolution des taux de réadmission dans le temps en prenant en compte différentes dimensions du séjour pouvant jouer sur le risque de réadmission (pôle d'activité, mode d'entrée, morbidité, âge, sexe), trois modèles logistiques sont estimés (encadré 3).

La première modélisation (M0) concerne l'ensemble des séjours chirurgicaux correspondant au champ de cette étude, c'est-à-dire incluant des activités dont la prise en charge a été profondément modifiée entre 2002 et 2012, comme l'ophtalmologie avec la chirurgie de la cataracte. En conséquence, les évolutions temporelles estimées vont être sensibles aux changements de pratiques.

La deuxième modélisation (M1) est identique, mais exclut du champ l'ophtalmologie et les pôles d'activité ayant des volumes faibles (brûlures, maladies infectieuses, maladies VIH, traumatismes multiples, psychiatrie en MCO, autres prises en charge). Cette modélisation permet donc de mesurer l'évolution temporelle des réadmissions sans qu'elle soit influencée par certains pôles d'activité ayant connu des changements de prise en charge importants (ophtalmologie, VIH).

GRAPHIQUE 6 ● Évolution du taux de réadmission par groupe de durée de séjour



Champ • Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM (hors Mayotte), hors SSA, ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources • ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements DREES.

La troisième modélisation (M2), grâce à l'ajout d'une variable croisée [pôle d'activité]x[année], permet de tenir compte de l'évolution des réadmissions expliquées par les modifications de prise en charge sur la période étudiée. Le champ inclut l'ensemble des pôles d'activité, comme pour la modélisation (M0). Ici, l'évolution temporelle estimée est donc expurgée des variations des taux de réadmission liées aux évolutions de pratique ou de prise en charge.

Des estimations séparées sont réalisées selon la catégorie juridique des établissements afin de regrouper, d'un côté, les établissements anciennement sous dotation globale, pour lesquels la réforme de la T2A a modifié profondément les incitations à produire de l'activité (hôpitaux publics et cliniques privées à but non lucratif, « secteur public ») et, de l'autre, les établissements anciennement sous objectif quantifié national, pour lesquels les incitations ont été moins modifiées avec la T2A (cliniques privées à but lucratif, « secteur privé »). A priori, si la T2A devait avoir un effet à la hausse sur les réadmissions, celui-ci devrait être plus fort pour les établissements du secteur public que pour ceux du privé.

Parmi les facteurs individuels, nous retrouvons l'influence de l'âge sur la probabilité de réadmission à

ENCADRÉ 3 ● Modèles de régression logistique multivariée

Afin d'estimer l'évolution des réadmissions toutes choses égales par ailleurs, une modélisation de la probabilité de réadmission à trente jours a été conduite séparément pour les deux catégories d'établissements (publics et privés). Notre variable dépendante est binaire, c'est-à-dire qu'elle est égale à 1 lorsque le séjour a donné lieu à une réadmission dans les trente jours, à 0 dans les autres cas. De ce fait, nous allons modéliser, sur l'ensemble de l'échantillon, la probabilité de réadmission, à l'aide d'une régression logistique selon un premier modèle :

$$P(R_{ipt}) = \text{logit}(\alpha_t + \beta X_{it} + \lambda_p) \quad (\text{modèle } M0)$$

$P(R_{ipt})$ représente la probabilité de réadmission pour le séjour i , dans le pôle d'activité OAP p , et pour l'année t .

Le coefficient α_t mesure la probabilité de réadmission des séjours pour l'année t par rapport à 2002. Les variables X correspondent aux variables qui affectent la probabilité de réadmission, telles que l'âge, le sexe, la morbidité.

Le taux de réadmission étant différent selon le pôle d'activité, il est nécessaire d'introduire un effet fixe λ_p afin d'ajuster la probabilité de réadmission par pôle d'activité.

Un deuxième modèle, de structure identique au premier, a été estimé en retirant les séjours appartenant au pôle d'activité d'ophtalmologie, pour lequel des modifications de pratiques sont bien documentées. Ont également été retenus certains pôles d'activité ayant des volumes faibles (brûlures, maladies infectieuses, maladies VIH, traumatismes multiples, psychiatrie en MCO, autres prises en charge). En effet ces pôles d'activité OAP présentaient des évolutions hétérogènes du taux de réadmission à trente jours sur la période 2002-2012. (*modèle M1*)

Enfin, un terme d'interaction entre le pôle d'activité et l'année a été ajouté dans un troisième modèle, afin d'estimer un effet année qu'on peut interpréter comme une évolution temporelle résiduelle, une fois prise en compte l'évolution des pratiques dans le temps. Cette modélisation M2 inclut les mêmes pôles d'activité que la modélisation M0 (pas d'exclusion comme dans la modélisation M1) :

$$P(R_{ipt}) = \text{logit}(\alpha_t + \gamma \cdot \text{pole} * \text{an} + \beta X_{it}) \quad (\text{modèle } M2)$$

Le coefficient γ relatif au terme d'interaction « pole*an » estime l'évolution annuelle de la probabilité de réadmission pour chaque pôle, cette évolution pouvant être différente selon les pôles, en fonction notamment de l'évolution des pratiques liées aux innovations qui peuvent influer sur les réadmissions. Le coefficient α estime donc l'effet résiduel temporel.

Ces différents modèles n'intègrent ni la variable « durée de séjour » et ni d'effet fixe correspondant au numéro de l'établissement (Yilmaz et Vuagnat, 2015).

trente jours. Après ajustement par le pôle d'activité et la morbidité, cette probabilité augmente significativement avec l'âge, et l'effet est linéaire et croissant. Toutefois, le risque de réadmission selon l'âge a un gradient plus élevé dans le secteur privé que dans le secteur public. Les autres variables de contrôle ont des effets significatifs attendus. Ainsi, le risque de réadmission s'accroît avec un risque de morbidité plus important.

En ce qui concerne l'estimation de l'évolution temporelle, l'interprétation des résultats (tableau 2, graphique 7) n'est pas immédiate. Il est clair que les résultats de la modélisation M0, malgré la prise en compte des variables démographiques ou de morbidité, sont directement impactés par les évolutions de la prise en charge observées sur la période. On retrouve donc les

tendances mises en évidence par les statistiques descriptives : entre 2002 et 2012, une hausse de 10 % des réadmissions dans le public et de 45 % dans le privé.

Quand on exclut du champ l'ophtalmologie et les pôles d'activité ayant des volumes faibles, les évolutions entre 2002 et 2012 sont plus modestes : 3 % dans le public et 19 % dans le privé. Ces résultats montrent que la restriction de champ modifie beaucoup les résultats, ce qui suggère qu'il est important de prendre en compte les modifications de pratique, comme c'est le cas dans la modélisation M2. On peut aussi observer que la hausse des réadmissions reste plus forte dans le privé que dans le public. Or, la question posée dans cette étude était d'établir un lien possible entre la réforme de la tarification et la hausse des réadmissions. Cette

TABLEAU 2 ● Résultat des estimations économétriques : les facteurs explicatifs de la probabilité de réadmission à trente jours

	En odds-ratios					
	Secteur public			Secteur privé		
	M0	M1	M2	M0	M1	M2
Année						
2002	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
2003	0,993*	0,984***	0,971***	1,021***	0,999	0,987**
2004	1,042***	1,039***	0,995	1,073***	1,035***	0,998
2005	1,035***	1,021***	0,965**	1,15***	1,094***	1,025**
2006	1,083***	1,068***	0,985*	1,211***	1,145***	1,037***
2007	1,092***	1,073***	0,968***	1,222***	1,119***	1,003
2008	1,102***	1,075***	0,953***	1,244***	1,125***	0,979
2009	1,089***	1,057***	0,916***	1,304***	1,149***	0,98
2010	1,088***	1,038***	0,891***	1,35***	1,154***	0,969
2011	1,101***	1,043***	0,876***	1,393***	1,164***	0,955**
2012	1,101***	1,031***	0,852***	1,446***	1,189***	0,944**
Indice de morbidité						
Indice de Charlson	1,944***	2,062***	1,953***	1,528***	1,811***	1,544***
Mode d'entrée						
Domicile vs établissement de santé	0,901***	0,852***	0,901***	0,642***	0,615***	0,635***
Sexe						
Homme versus femme	1,096***	1,106***	1,095***	1,024***	1,048***	1,022***
Âge						
Moins de 10 ans	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.	réf.
10-19 ans	0,916***	1,009***	0,914***	1,439***	1,404***	1,431***
20-29 ans	1,107***	1,27***	1,108***	2,637***	2,594***	2,632**
30-39 ans	1,395***	1,621***	1,395***	3,693***	3,65***	3,681***
40-49 ans	1,395***	1,597***	1,395***	3,544***	3,399***	3,537***
50-59 ans	1,611***	1,848***	1,611***	4,15***	3,867***	4,137***
60-69 ans	1,707***	1,959***	1,705***	4,566***	4,138***	4,544***
70-79 ans	1,772***	2,006***	1,77***	5,027***	4,573***	5,011***
80 ans ou plus	1,949***	2,261***	1,946***	5,304***	5,433***	5,282***
Effet fixe pôle d'activité	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Interaction pôle * année	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui
Nombre d'observations	21 028 100	18 153 894	21 028 100	30 590 881	24 842 304	30 590 881
Statistique						
«Paires concordantes (en %)»	66,7	66,2	66,8	71,4	69,9	71,6

Lecture • Les coefficients correspondent à des odds-ratios. Par exemple, pour le secteur public, dans le modèle M0, le coefficient associé à l'année 2012 de 1,101 signifie que la probabilité de réadmission à trente jours des séjours de cette année est supérieure de 10,1 % à celle des séjours de 2002. La régression intègre des indicatrices pour chaque pôle d'activité (effet fixe pôle d'activité), et pour les modèles M2 la combinaison pôle d'activité et année du séjour (interaction pôle*année).

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

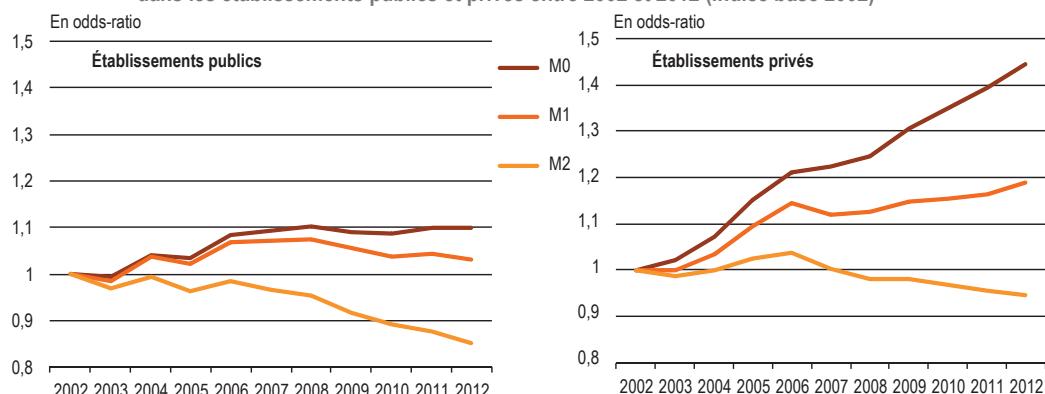
Champ • Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM (hors Mayotte), hors SSA, ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources • ATIH PMSI 2002-2012, traitements DREES.

hausse s'observe ici surtout dans le privé, c'est-à-dire dans le secteur pour lequel la modification des incitations introduite par la tarification a été la moins forte, puisque le mode de tarification avant la T2A rémunerait déjà directement l'activité. Ainsi, il apparaît que cette hausse des réadmissions ne semble pas être liée à la réforme de la tarification, mais s'expliquerait plutôt par les changements de prise en charge.

C'est en effet ce que montrent les résultats de la modélisation M2. Quand la modélisation intègre la variable croisée [pôle d'activité]x[année] pour tenir compte de l'évolution des pratiques, les taux de réadmission apparaissent cette fois à la baisse entre 2002 et 2012 : -15 % dans le public et -6 % dans le privé. Cependant, interpréter une évolution temporelle résiduelle dans une modélisation qui contrôle déjà des changements

GRAPHIQUE 7 ● Évolution issue des estimations économétriques de la probabilité de réadmission dans les établissements publics et privés entre 2002 et 2012 (indice base 2002)



Lecture • Dans le secteur public, la probabilité de réadmission en 2012 a augmenté de 8,3 % entre 2002 et 2012 (modèle M1) – évolution de 1,083 sur le graphique.

Champ • Séjours chirurgicaux (hospitalisations complètes et partielles) des 782 établissements de France métropolitaine et des DOM (hors Mayotte), hors SSA, ayant eu une activité de chirurgie de 2002 à 2012.

Sources • ATIH PMSI-MCO 2002-2012, traitements DREES.

de pratique dans le temps peut sembler artificiel. On se gardera donc bien d'interpréter les résultats de la modélisation M2 comme une baisse des réadmissions. Il s'agit plutôt d'une preuve supplémentaire que ce sont bien les changements de pratique de prise en charge qui expliquent la hausse des réadmissions.

On notera enfin que les statistiques descriptives, comme les résultats des modélisations M0, M1 et M2, montrent une évolution des réadmissions inférieure dans le public par rapport au privé. La croissance des réadmissions observées entre 2002 et 2012 semble s'expliquer par un ensemble de facteurs (morbidité, vieillissement, part des séjours arrivés par les urgences, etc.), au premier rang desquels l'évolution des modalités de prise en charge, plutôt que par la réforme de la tarification hospitalière. En effet, en chirurgie, depuis la mise en place de la T2A, l'activité la plus dynamique est dans le public, et c'est dans le privé que les réadmissions ont le plus augmenté. L'hypothèse que l'accroissement de l'activité se ferait au détriment de la qualité des soins, mesuré par les réadmissions, n'est donc pas vérifiée. De même, l'hypothèse que la tarification pourrait inciter les réadmissions en les rémunérant n'est pas vérifiée. Si c'était le cas, on observerait une évolution différente entre les secteurs public et privé et l'effet à la hausse des réadmissions devrait être plus fort dans le public, puisque les réadmissions étaient déjà rémunérées dans le privé avant la mise en place de la T2A. Or, c'est le résultat inverse que l'on obtient.

Pour autant, on ne peut pas exclure qu'au début de la montée en charge de la T2A, il ait pu y avoir un effet transitoire de la réforme conduisant à une hausse des réadmissions. Ainsi, quelle que soit la modélisation retenue (M0, M1 ou M2), les réadmissions ont augmenté d'une manière significative, dans le public comme dans le privé, entre 2005 et 2006. Cette hausse coïncide avec les premières années de tarification à l'activité et avant la normalisation de ce que recouvre un séjour hospitalier (cf. circulaire DHOS/F1/MTAA n°2006-376 du 31 août 2006). Jusqu'en 2006, il était possible de coder les patients en réadmission hospitalière plutôt qu'en consultations externes à l'occasion de la poursuite de leur prise en charge. Malgré une tentative d'exclusion de ces séjours (encadré 2), la correction *a posteriori* de ce type de séjour a sans doute été incomplète.

Conclusion

Cette étude comporte certaines limites. Tout d'abord le caractère global de l'indicateur de réadmission choisi dans cette étude ne recouvre que partiellement une mesure de la qualité des soins. D'autres mesures sont possibles, le taux de mortalité à trente jours après une hospitalisation par exemple. L'indicateur de réadmission retenu ici reflète par ailleurs plusieurs composantes autres que ce qui relève de la qualité des soins, dans la mesure où toutes les réadmissions, quelle qu'en soit l'origine, ont été prises en compte. Sur l'en-

semble des réadmissions constatées, certaines sont programmées et ne résultent pas d'une complication à la suite du premier séjour. Or, il n'est pas possible de distinguer les réadmissions programmées des réadmissions inopinées, cette information ne figurant pas directement dans le recueil du PMSI. Par ailleurs, tous les séjours, dans un délai de trente jours, sont comptabilisés comme des réadmissions après un séjour initial en chirurgie. Cependant, il se peut que le deuxième séjour intervienne pour un motif sans aucun lien avec celui de la première hospitalisation. Il conviendrait donc d'analyser de manière plus fine les réadmissions afin de se centrer sur les hospitalisations en lien avec le premier séjour. L'analyse menée ici de cet indicateur de réadmission sur longue période permet toutefois d'appréhender des tendances générales. Les estimations réalisées au niveau du séjour hospitalier sont contrôlées par la pathologie mesurée au niveau du pôle d'activité : cela permet aussi de contrôler une éventuelle modification des pratiques quant à la prise en charge. Ont aussi été exclus les séjours liés à l'ophtalmologie pour lesquels des modifications de pratiques sont clairement établies.

Néanmoins, des exploitations complémentaires sont prévues dans un premier temps pour tenter de caractériser la réadmission (complications, réadmission inopinée pour un autre motif, etc.), dans un second temps pour étudier les réadmissions après chirurgie ambulatoire, et plus largement pour mieux expliciter le lien entre réadmissions et durées de séjour.

Mais sans attendre ces résultats complémentaires, cette étude permet déjà de conclure que malgré une légère hausse transitoire à sa mise en place, liée sans doute à des questions de codage, la réforme de la tarification à l'activité n'a pas eu d'effet significatif pérenne sur les réadmissions à trente jours. L'augmentation observée du taux brut de réadmission à trente jours après un séjour chirurgical est davantage liée, à titre principal, à une modification des pratiques, notamment pour la chirurgie de la cataracte et la chirurgie vasculaire (mise en place plus fréquente de système pour la perfusion des traitements anticancéreux), et, à titre secondaire, à une modification structurelle de la population des patients, avec plus de polypathologies liées au vieillissement.

BIBLIOGRAPHIE

- Afsaneh B., 2013, "Hospital Readmission Among Elderly Patients", *European Journal of Health Economics*, 14:809-820.
- AHIP, 2012, "Simple Methods for Measuring Hospital Readmissions Rates", Center for Policy and Research, working papier, février.
- ANAES, 2000, « Évaluation du traitement chirurgical de la cataracte de l'adulte », février.
- Bardey D., Canta C., Lozachmeur J.-M., 2013, "The Regulation of Health Care Providers' Payments when Horizontal and Vertical Differentiation Matter", *Cahier de la Chaire Santé*, n° 12, *Journal of Health Economics*, vol 31, issue 5, p. 691-704.
- Brahami S., Holstein J., Chatellier G., Le Roux Y.-E., Dormont B., 2008, « Lien entre durée de séjour et réadmissions en chirurgie et en obstétrique : une étude de deux procédures à partir des données du PMSI », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 56, p. 79-85.
- Bras P.-L., 2012, « Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ? », Presses de Sciences Po / *Les Tribunes de la santé*, n° 35, p. 29-41.
- Charlson M.-E., Pompei P., Ales K.-L., MacKenzie C.-R., 1987, "A New Method of Classifying Prognostic Comorbidity in Longitudinal Studies: Development and Validation", *Journal of Chronic Diseases*, 40 (5): 373-383.
- Choné P., Evain F., Wilner L., Yilmaz E., 2013, "Introducing Activity-Based Payment in the Hospital Industry: Evidence from French Data", Document de travail G 2013/11, INSEE.
- Couty E., 2013, « Le pacte de confiance pour l'hôpital, synthèse des travaux », rapport du ministère des Affaires sociales et de la Santé, février.
- Cutler D.-M., 1995, "The Incidence of Adverse Medical Outcomes under Prospective Payment", *Econometrica*, 63 (1), 29-50.
- Davis C., Rhodes D.-J., 1988, "The Impact of DRGs on the Cost and Quality of Health Care in the United States", *Health Policy*, 9 (2), 117-131.
- DREES, 2011, *Le Panorama des établissements de santé – édition 2011*, Études et Statistiques, DREES, décembre.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », DREES, *Études et Résultats*, n° 785, novembre.
- Evain F., 2013, « Hospitalisation de court séjour – Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », DREES, *Études et Résultats*, n° 854, octobre.
- Guccio C., Lisi D., Pignataro G., 2014, "Readmission and Hospital Quality Under Prospective Payment System", <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/56490>, Munich University Library.
- Kahn K.-L., Keeler E.-B., Sherwood M.-J., Rogers W.-H. et al., 1990, "Comparing Outcomes of Care Before and After Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System", *JAMA*, 264:1984-8.
- Lilford R., Brown C., Nicholl J., 2007, "Use of Process Measures to Monitor the Quality of Clinical Practice", *BMJ*, 335 (7621).
- Michel P. et al., 2011, « Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité », DREES, *Études et Résultats*, n° 761, mai.
- Or Z., Renaud T., 2009, « Impact du volume d'activité sur les résultats de soins à l'hôpital en France », *Économie publique*, n° 24-25.
- Or Z. et al., 2013, « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A », *Document de travail*, n° 56, IRDES.
- Or Z., Häkkinen U., 2012, « Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire », *Document de travail*, n° 53, IRDES.
- Pascal P., Coutard J., Dupuy E., Varnier F., Weiler G., 2012, « Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux », rapport IGF n° 2011-M-056-01.
- Shleifer A., 1985, "A Theory of Yardstick Competition", *The Rand Journal of Economics*, 16(3), p. 319-328.
- Studer N., 2012, « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ? », *Économie et Statistique*, n° 455-456, INSEE.
- Thomas J., Guire K., Horvat G., 1997, "Is Patient Length of Stay Related to Quality of Care?", *Hospital & Health Services Administration*, 42(4), 489.
- Yilmaz E., Frika S., 2012, « Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficience entre 2003 et 2009 », *Le Panorama des établissements de santé - édition 2012*, DREES.
- Yilmaz E., Vuagnat A., 2015, « Tarification à l'activité et réadmission », *Économie et Statistique*, à paraître.

FICHES

1

Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

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.

Ce chapitre présente le cadre juridique qui prévaut en 2014, 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 2012. De petites différences peuvent subsister entre le cadre législatif et réglementaire présenté dans ce chapitre et les données présentées dans les fiches, notamment pour les catégories d'établissements ou des personnels. À titre indicatif, la présentation traditionnelle établissements publics, établissements privés à but non lucratif et privés à but lucratif est conservée pour l'année 2012, même si la catégorie des établissements de santé privés d'intérêt collectif est censée se substituer à la catégorie des établissements de santé privés à but non lucratif.

I – Le statut des établissements de santé

Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé. Selon l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique, « 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 ». 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). À la suite de 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 L. 6141-1). « 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 (CHR) ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche » (article L. 6141-2). 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 L. 6142-1). Une des nouveautés de la loi HPST précise que, selon l'article L. 6141-7-3 du Code de la santé publique, « les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, [...] pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche. Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique [...] s'appliquent. [...] Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé. » Les établissements privés sont soit à but lucratif, soit

à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Pour les 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 de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Cette catégorie se substitue 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 L. 6161-5, « 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 plusieurs 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 L. 6111-1 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 le lieu de résidence ou bien l'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 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 R. 6121-4).

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 à 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 L. 6111-2). Les établissements de santé peuvent aussi créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux (comme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD]), ainsi que des centres de santé (article L. 6111-3).

Les missions de service public

Aux activités générales d'hospitalisation des patients confiées à tous les établissements de santé s'ajoutent les missions dites de service public. Définies à l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique, ces missions peuvent être assumées par tout établissement de santé dans le respect des obligations fixées à l'article L. 6112-3. Il s'agit d'appliquer des tarifs opposables et de garantir un égal accès ainsi qu'un accueil 24 heures sur 24 sur le champ de la mission. Cela permet 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 en exerçaient déjà certaines (permanence des soins en établissement de santé notamment), et à

d'autres structures de soins, comme les structures d'exercice coordonné, les groupements de coopération sanitaire, les cabinets de radiologie, etc.

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

La liste des missions est la suivante :

« 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 L. 551-1 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

Les personnels intervenant dans les établissements publics sont en grande majorité salariés (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 ;
- des praticiens hospitaliers universitaires (PHU) qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;

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

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements 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, praticien, 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 (interne)		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

– 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 et 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 L. 6146-2, « 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 majoritairement un statut d'exercice libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent.

Quant aux ESPIC, ils accueillent 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 R. 6152-51). Un établissement public de santé peut recruter un assistant des hôpitaux et par voie de convention de coopération le mettre à disposition d'un ESPIC pour une partie de son temps de travail en application des dispositions prévues aux articles R. 6152-501 et R. 6152-502 du Code de la santé publique. De même, les praticiens attachés peuvent être recrutés dans les EHPAD conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 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 des médecins en cours de formation (les internes) à condition toutefois d'être agréés pour les accueillir. 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 le cadre était plus limité.

Les personnels non médicaux

Les personnels non médicaux des établissements de santé publics relèvent de la fonction publique hospitalière. Environ 85 % d'entre eux 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 remplacements 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). Quant aux personnels des établissements de santé privés ils sont soumis aux dispositions du Code du travail, de conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privés avec ou sans but lucratif), et de 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 refondé 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 L. 6321-2, 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 L. 6133-1, 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 L. 6133-6, il est 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 (établissements de santé), médico-social et de ville (professionnels et structures libérales et salariés de centres de santé, laboratoires de biologie médicale, maisons de santé, etc.). Sa seule obligation est de comporter un établissement de santé. En effet, selon l'article L. 6133-2, « 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 GCS 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 R. 6133-6 et R. 6133-3, les établissements membres du GCS peuvent mettre à disposition du groupement leur personnel. Celui-ci peut également être détaché auprès du GCS (article R. 6152-51). Selon l'article L. 6133-3, « 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 GCS 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, le choix du statut public ou privé relève de ses membres. « 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 nommé par un arrêté du ministre en charge du budget. Lorsque ce groupement est une personne morale de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes. » (article L. 6133-5). Selon l'article L. 6133-4, « 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 généralement 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 L. 6133-7). D'après l'article L. 6133-8, « lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est

un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé [...] ». Enfin, il est stipulé dans l'article L. 6131-2 que « 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 L. 1432-1). Conformément à l'article L. 1431-2 du CSP, les ARS « 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 médico-sociaux ; 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 une répartition territoriale de l'offre de soins permettant 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 L. 1431-2).

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 L. 6122-1) [encadré]. Peuvent être titulaires d'autorisation (article L. 6122-3) :

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

ENCADRÉ 1 ● Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2012, 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 selon l'article R. 6122-25 :

- 1° médecine ;
- 2° chirurgie ;
- 3° gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- 4° psychiatrie ;
- 5° soins de suite et de réadaptation ;
- 7° soins de longue durée ;
- 8° greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;
- 9° traitement des grands brûlés ;
- 10° chirurgie cardiaque ;
- 11° activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
- 12° neurochirurgie ;
- 13° activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- 14° médecine d'urgence ;
- 15° réanimation ;
- 16° traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- 17° activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
- 18° traitement du cancer ;
- 19° examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales .

Le décret n° 2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de suite et de réadaptation (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 charge spécialisées).

L'autorisation de soins de suite et de réadaptation mentionne, le cas échéant (article R. 6123-120) :

- 1° Si l'établissement de santé prend en charge des enfants ou des adolescents, à titre exclusif ou non, ainsi que la ou les tranches d'âges de ces enfants parmi la liste suivante :
 - les enfants de moins de six ans ;
 - les enfants de plus de six ans ou les adolescents.

La mention de la prise en charge des enfants ou adolescents n'est autorisée que si l'établissement de santé assure l'ensemble des aspects sanitaire, éducatif, psychologique et social de la prise en charge des enfants ou adolescents qu'il accueille.

- 2° Si l'établissement de santé assure une prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs des catégories d'affections suivantes :

- a) affections de l'appareil locomoteur ;
- b) affections du système nerveux ;
- c) affections cardio-vasculaires ;
- d) affections respiratoires ;
- e) affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ;
- f) affections onco-hématologiques ;
- g) affections des brûlés ;
- h) affections liées aux conduites addictives ;
- i) affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) les identifie à l'aide d'un triplet composé des éléments suivant : 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 2012, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants, d'après l'article R. 6122-26 :

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

3° une personne morale dont l'objet porte, notamment, sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd mentionnés à l'article L. 6122-1 ou la pratique des activités propres aux laboratoires 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 L. 6122-5). Elle est donnée pour une durée déterminée d'au moins cinq ans, sauf pour les activités de soins nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique. 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 selon l'article L. 6114-1. 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 L. 1434-1, et notamment du schéma régional d'organisation des soins ou du schéma interrégional.

Les PRS et les SROS

Selon l'article L.1434-1, « 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 s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale ». 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 L. 1434-2).

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS), qui succède aux schémas régionaux d'organisation sanitaire, comporte deux innovations majeures :

- il s'intègre dans le projet régional de santé et constitue désormais un outil opérationnel de mise en œuvre des orientations et objectifs stratégiques inscrits dans le plan stratégique régional de santé (PSRS). Le SROS doit donc être élaboré en cohérence avec ce document, ainsi que dans le cadre d'une approche transversale avec les deux autres schémas régionaux qui concernent respectivement la prévention et l'organisation médico-sociale ;
- son périmètre couvre dorénavant l'offre de soins ambulatoire. En effet, selon l'article R. 1434-4, le SROS comprend un volet hospitalier et un volet ambulatoire.

Les modalités d'élaboration du nouveau SROS, de concertation et de consultation sont élargies à la suite de la loi, en

raison notamment de la création de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Dans son volet hospitalier, le SROS est le cadre de référence notamment pour l'attribution des autorisations. Établi sous l'autorité du directeur de l'ARS, le volet ambulatoire du SROS détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé (article L. 1434-8). Le SROS dans sa globalité détermine « les modalités de coordination des soins de toute nature apportés au patient » et « prévoit les mesures de nature à améliorer l'efficience de l'offre de soins ». Il 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 R. 1434-4). Selon l'article L. 1434-7, 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. » Il « tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires ».

Le volet ambulatoire du SROS « 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. » (L. 1434-7). Selon l'article L. 1434-9, le volet hospitalier du 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 L. 6112-2 ;
- 5° les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire [...] ».

Établi 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 dès la publication des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire, dits SROS de troisième génération, et ce au plus tard le 31 mars 2006 et pour une période de cinq ans. L'année 2012, année de référence de l'ouvrage, est l'année où les 26 PRS comportant

les SROS ont été arrêtés par les régions (première région à avoir arrêté son PRS : Poitou-Charentes en décembre 2011 ; dernière région : Martinique en janvier 2013).

À la suite de la loi HPST, le nouveau dispositif de régulation se met en place en plusieurs étapes : finalisation du diagnostic, élaboration du PRS dont le SROS. Il est 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 sur un nombre limité de sites, avec une mise en réseau des sites concernés par ces activités. C'est notamment le cas des maternités, dont l'activité est répartie selon 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 et obstétrique (MCO) quels que soient le statut de l'établissement et le type d'activité (hospitalisation complète, partielle, à domicile, structure de dialyse), à l'exception des hôpitaux locaux 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 leur statut. 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 (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 des ESPIC financés sous DAF, ou des 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 (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 de santé publics et privés (FMESPP) intégré dans l'ONDAM la même année.

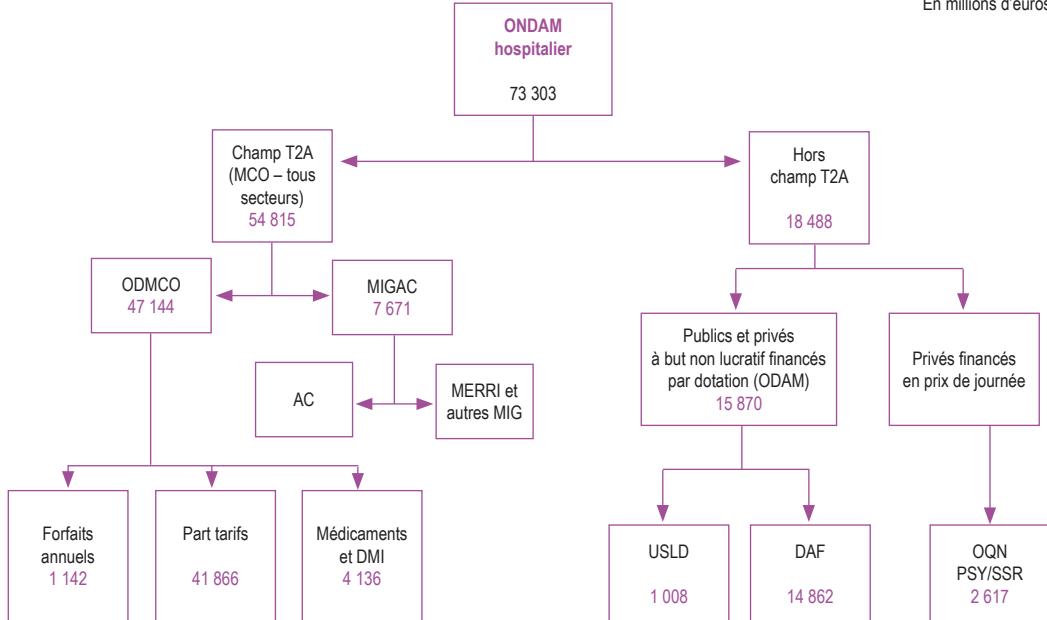
Les composantes de la T2A

La T2A inclut 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). Certains éléments peuvent être facturés en sus des GHS comme les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) particulièrement coûteux, les suppléments journaliers (réanimation et néonatalogie) ou les séjours de durée extrême (haute ou basse) qui peuvent faire l'objet d'une tarification spécifique. Par ailleurs, d'autres activités font l'objet d'un financement à l'activité, bien que n'étant pas tarifées au GHS : la dialyse, les interruptions volontaires de grossesse (IVG), la réanimation, l'hospitalisation à domicile (HAD), les consultations et actes externes des praticiens du secteur public, la médecine d'urgence et les prélèvements d'organes. La médecine d'urgence, les greffes et les prélèvements d'organes font l'objet d'une tarification mixte (à l'activité et sous forme de dotation), car il s'agit également pour ces services de rémunérer des charges fixes distinctes de l'activité et liées à l'organisation de la permanence des soins, que des patients soient présents ou pas. Le total des dépenses de Sécurité sociale correspondant à cette première composante est régulé à l'intérieur d'un objectif commun à tous les établissements appelé ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique).

La seconde composante est constituée par la dotation finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dont l'objet, défini par l'article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale, est de financer les engagements des établissements figurant dans leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), d'après l'article L. 6114-2 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 67,5 % des MIGAC en 2012. À ce titre, la dotation MIGAC finance, par dérogation à la règle générale, des activités de soins identifiables, mais dispensées à certaines populations spécifiques (les détenus, par exemple). Néanmoins, la dotation d'aide à la contractualisation (AC), avec 32,5 % de la dotation MIGAC en 2012, finance les autres engagements pris par les établissements dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Elle a été conçue pour financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé afin qu'ils mettent en œuvre les adaptations de l'offre de soins, les orientations visant à améliorer la qualité des soins, les priorités nationales ou locales

SCHÉMA ● La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2012¹

En millions d'euros



1. Hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Les chiffres présentés correspondent aux dépenses constatées en 2012.

Sources • ATIH, Analyse de l'activité hospitalière 2012.

Sigles

ONDAM : objectif national des dépenses d'Assurance maladie.

ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologique.

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

En millions d'euros

	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
2010	Dépenses constatées	70 334	17 668	52 665	44 866
2011	Dépenses constatées	72 014	18 120	53 894	45 774
2012*	Dépenses constatées	73 303	18 488	54 815	47 144
2013	Dépenses constatées	75 955	19 271	56 684	48 207
2014**	Objectifs	74 894	19 334	55 560	49 444

* Le périmètre ONDAM ES est hors FMESPP et hors crédits ayant alimenté le Fonds d'intervention régional au 1^{er} mars 2012.

** Hors FMESPP et hors champ non régulé. Il convient de préciser que les objectifs 2014 font apparaître une diminution des dépenses par rapport à l'exercice 2013. Cette réduction des dépenses s'explique par le transfert de 2,5 milliards d'euros de l'enveloppe MIGAC vers le FIR.

Sources

2010 : ATIH rapport des réalisations de la campagne budgétaire 2010.

2011 : ATIH Analyse de l'activité hospitalière 2011.

2012 : ATIH Analyse de l'activité hospitalière 2012.

2013 : Données ATIH et CNAHTS.

2014 : Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificatif de la Sécurité sociale pour 2014.

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 place 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 (1,2 % en 2012) ;
- 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 la fin 2007, les mécanismes destinés à garantir la progressivité de ces effets redistributifs étaient différents dans chaque secteur :

- pour les établissements privés à but lucratif, un coefficient de transition appliqué aux tarifs nationaux a été calculé pour chaque établissement jusqu'au début de l'année 2011. Depuis mars 2011, il n'a plus lieu d'être (coefficient de 1 pour tous les établissements) ;
- pour les hôpitaux publics et les cliniques anciennement sous dotation globale, une part croissante (10 % en 2004, 25 % en 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 depuis applicables à 100 % et sont modulés par un coefficient de transition spécifique à chaque établissement. Ce coefficient est de 1 depuis le 1^{er} 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 d'abord été repoussé à 2018 par la LFSS pour 2010. Le processus de convergence a été abandonné à partir de la LFSS pour 2013.

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 (y compris Mayotte), 2 660 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offrent 415 000 lits d'hospitalisation à temps complet et 68 000 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.

2 660 structures hospitalières offrant 415 000 lits et 68 000 places

Au 31 décembre 2012, 2 660 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 Mayotte), 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. Ces structures hospitalières peuvent être de tailles et de natures très différentes. Au total, elles offrent une capacité d'accueil de 415 000 lits et 68 000 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 capacités d'accueil. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. En 2012, on dénombre à ce titre 111 entités juridiques de dialyse auxquelles sont rattachées 665 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 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 coopération pourraient conduire dans les prochaines années à une augmentation

économique et financière des établissements privés d'intérêt collectif ». 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.

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

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 931 entités juridiques publiques coexistent trois types d'établissements qui se différencient selon leurs missions : 32 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 ; 789 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 ; 88 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie (tableau). Enfin, les 24 « autres établissements publics » correspondent à des hôpitaux militaires ou à des groupements de coopération sanitaire. Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les établissements privés à but lucratif, au nombre de 1 030, et les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC). Ces derniers regroupent les 18 centres de lutte contre le cancer ainsi que 681 autres établissements privés à but non lucratif (voir encadré « Champ »). Les cliniques privées représentent environ un quart des lits et places du secteur hospitalier, et les ESPIC 15 %.

Un poids du secteur privé très variable selon les régions

En termes de lits et de 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 (carte). Dans quatre régions, ce secteur dispose de plus de 75 % des capacités. Il s'agit du Limousin, du Poitou-Charentes, de la Martinique et de la Picardie. Les cliniques privées disposent de 46 % des lits et des 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 des places.

- L'**entité géographique (ou établissement, ET)** correspond en général au site de production, mais aussi éventuellement au site porteur du budget. Il dépend de l'entité juridique ; une même entité juridique ne peut, 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., Tabuteau 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 2012

Catégories d'établissements	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
Public	931	258 158	40 132
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	32*	74 783	9 287
Centres hospitaliers (CH), dont anciens hôpitaux locaux	789	153 456	15 847
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	88	26 707	14 579
Autres établissements publics	22	3 212	419
Privé non lucratif	699	58 137	12 342
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	18**	2 889	856
Autres établissements privés à but non lucratif	681	55 248	11 486
Privé à but lucratif	1 030	98 545	15 575
Établissements de soins de suite et de réadaptation	324	25 999	2 308
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	542	59 458	12 133
Établissements de lutte contre les maladies mentales	140	11 735	1 037
Établissements de soins de longue durée	12	508	24
Autres établissements privés à but lucratif	12	845	73
Ensemble	2 660	414 840	68 049

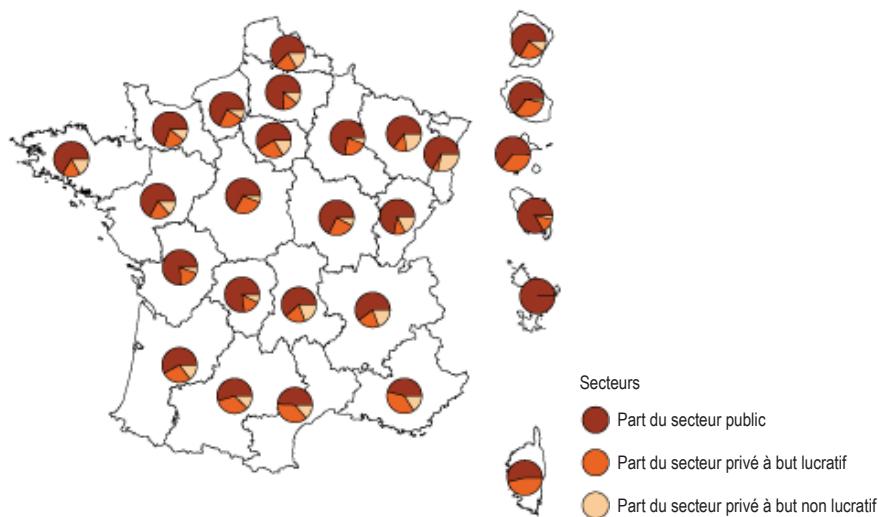
* En 2012, le centre hospitalier Félix Guyon et le groupe hospitalier Sud Réunion ont fusionné et sont comptés comme un seul CHR.

** En 2012, deux CLCC ont fusionné : l'institut de cancérologie de l'Ouest regroupe celui de Loire-Atlantique et celui du Maine-et-Loire.

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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

CARTE ● Répartition du nombre de lits et de places au 31 décembre 2012 selon le statut juridique des établissements



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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

Les capacités d'accueil à l'hôpital

En 2012, 415 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), soit une diminution de 54 000 lits d'hospitalisation en neuf ans. En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 68 000 places en 2012.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 2003 et 2012, hors Mayotte, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 415 000, 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 obstétrique, MCO) et en psychiatrie a diminué tout au long de la période. Ce sont surtout les capacités d'accueil en long séjour qui ont diminué, passant de 80 000 en 2003 à 32 000 en 2012 en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette baisse résulte 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]. Elle a été particulièrement forte en 2009 et 2010 et s'est nettement ralentie depuis. 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 2003 à 103 000 en 2012 (graphique 1). Ce mouvement résulte de la volonté de supprimer des lits excédentaires et de réorganiser l'offre et traduit 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, des innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie, ont transformé les modes de prise en charge à la faveur de l'hospitalisation à temps partiel. Un

nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) ont pu être effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet. Entre 2003 et 2012, environ 12 000 places d'hospitalisation à temps partiel en MCO ont été créées, venant compléter les 18 000 places déjà existantes (graphique 2). En psychiatrie, le nombre de places a faiblement augmenté depuis 2003 (+2 500 places seulement, soit une hausse moyenne de 1 % par an). En moyen séjour, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, près de 4 500 places ont été créées en huit ans. La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. En 2012, 40 % des places d'hospitalisation à temps partiel en MCO sont offertes par les cliniques, particulièrement 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 et 50 % 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 15 à Mayotte à 83 dans le Limousin (carte 1) et le nombre de places, de 3 à Mayotte à 14 dans le Limousin (carte 2). Le Limousin et l'Auvergne se distinguent par une forte densité de lits comme de places. À l'opposé, Mayotte et la Guyane apparaissent sous-dotées pour les deux types de capacités. L'ampleur des disparités de lits et de places entre régions varie selon la discipline : elles sont très faibles en court séjour (coefficients de variation [CV] de 0,12, hors Mayotte), un peu plus importantes en psychiatrie ou en moyen séjour (CV de 0,24 et de 0,22, hors Mayotte). Toutefois, les disparités entre régions se sont fortement réduites ces dernières années.

Champ

France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (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 selon l'autorisation rattachée à l'unité

d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent :

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

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

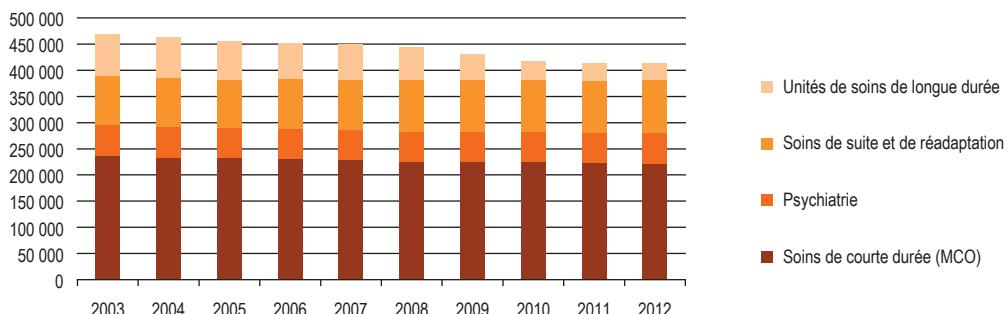
- **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et des places installés au 31 décembre 2012, 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 de 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).

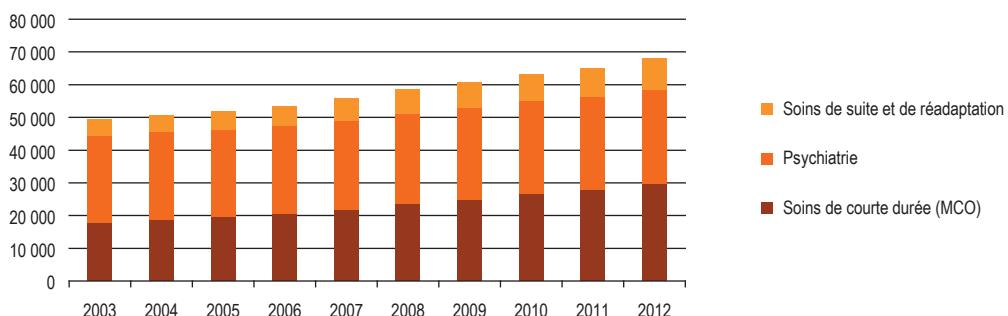
GRAPHIQUE 1 • Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète entre 2003 et 2012



Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2003-2012, traitements DREES.

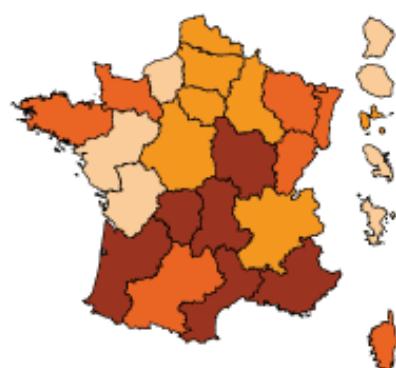
GRAPHIQUE 2 • Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle entre 2003 et 2012



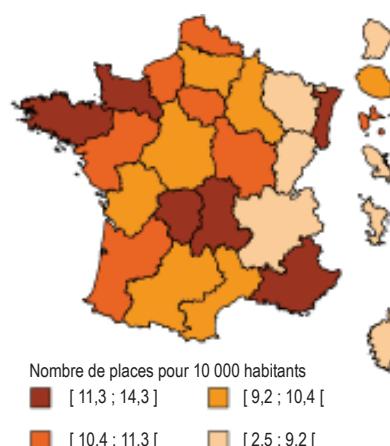
Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2003-2012, traitements DREES.

CARTE 1 • Densité de lits en France en 2012



CARTE 2 • Densité de places en France en 2012



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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1^{er} janvier 2012.

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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1^{er} janvier 2012.

L'activité en hospitalisation complète et partielle

En France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), le secteur hospitalier a pris en charge 27 millions de séjours en 2012, dont plus de la moitié a duré moins d'un jour. Ces derniers continuent leur progression, notamment en court et en moyen séjour où leur part dans l'activité est de plus en plus importante. Le nombre de journées d'hospitalisation reste stable. Les portefeuilles d'activité des établissements de santé par modes de prise en charge et par grandes disciplines font apparaître leur spécialisation : les soins de longue durée et la psychiatrie sont, par exemple, 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 2012, les établissements de santé ont pris en charge 26,9 millions de séjours répartis en 12,2 millions d'hospitalisations à temps complet et 14,7 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins de un jour (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 plus de 86 % des prises en charge, le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) 8 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée représentent, à présent, une part négligeable de l'activité. 37 % des hospitalisations à temps partiel relèvent de la psychiatrie, secteur où les alternatives à l'hospitalisation ont été développées dans les années 1970. Les soins de courte durée représentent, quant à eux, 44 % des venues et le moyen séjour 19 %.

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 toutefois des disparités selon le statut juridique et la discipline d'équipement. En 2012, l'activité à temps partiel a augmenté dans l'ensemble de 3,1 % : + 6,1 % en moyen séjour, +3,1 % en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) 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 diminution en 2012 (-1,9 %), avec 11,2 millions de journées. Après une augmentation jusqu'en 2001, l'activité a baissé dans cette discipline, suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'un grand nombre d'unités. Le nombre de journées d'hospitalisation

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2012, en France métropolitaine et dans les DOM y compris Mayotte (hors séances), y compris le service 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

continue d'augmenter en moyen séjour (+1,7 %), il se stabilise en psychiatrie (+0,3 %) et en MCO (+0,1 %).

Peu de variations régionales

Le nombre d'entrées en hospitalisation complète en MCO rapporté à la population s'élève à 16 % pour la France et les DOM (carte). Ce nombre demeure supérieur à 18 % dans le Limousin et en Bourgogne, régions qui comptent la proportion de personnes âgées la plus importante avec environ trois habitants sur dix âgés de 60 ans ou plus. À l'opposé, c'est pour Mayotte, La Réunion et la Guyane qu'il est le plus bas (9,4 %, 13,3 % et 13,4 %), régions qui comportent la proportion la plus faible de personnes âgées de 60 ans ou plus. Or, c'est surtout après 65 ans que le taux d'hospitalisation en MCO augmente fortement (voir la fiche « Médecine, chirurgie et obstétrique : patientèle »).

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

La structure d'activités, tant en termes de grandes disciplines que de modes de prise en charge, varie sensiblement selon le statut juridique des établissements de santé (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 quand 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 chaque séjour réalisé.

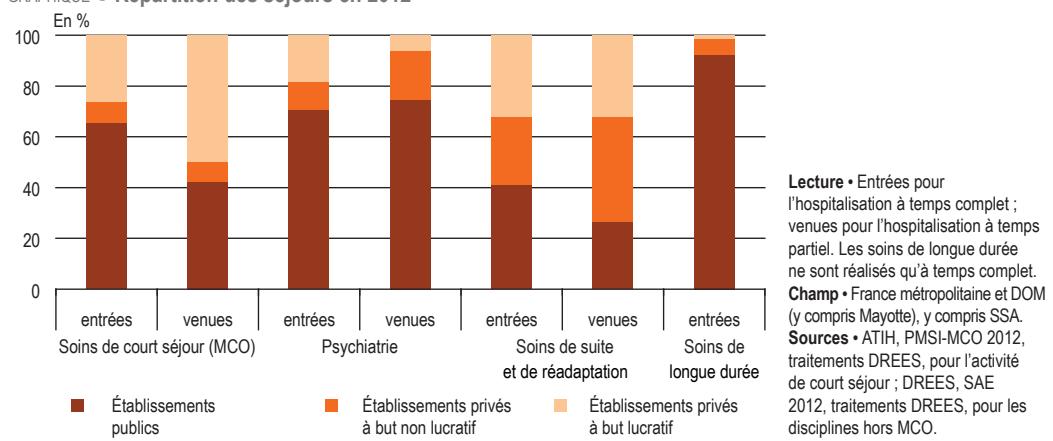
TABLEAU ● Nombre de journées et de séjours (entrées et venues) par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2012

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)
Venues en hospitalisation partielle	7 537 629	1,7	2 729 013	2,6	4 462 605	5,8	14 729 247	3,1
Soins de court séjour (MCO)	2 722 231	2,8	505 197	4,3	3 232 140	3,1	6 459 568	3,1
Psychiatrie	4 074 142	-0,1	1 055 118	3,2	332 708	21,6	5 461 968	1,6
Soins de suite et de réadaptation	741 256	8,1	1 168 698	1,4	897 757	11,2	2 807 711	6,1
Entrées en hospitalisation complète	7 772 470	1,2	1 183 028	0,0	3 203 308	-1,2	12 158 806	0,4
Soins de court séjour (MCO)	6 884 632	1,1	845 206	0,2	2 767 732	-1,7	10 497 570	0,2
Psychiatrie	461 649	1,6	71 499	-0,7	120 270	1,4	653 418	1,3
Soins de suite et de réadaptation	405 622	2,3	264 945	-0,4	314 964	1,8	985 531	1,4
Soins de longue durée	20 567	4,6	1 378	0,1	342	-2,3	22 287	4,2
Journées en hospitalisation complète	78 468 007	0,4	16 857 115	0,4	27 351 833	0,2	122 676 955	0,4
Soins de court séjour (MCO)	43 031 445	1,0	4 789 638	-0,6	12 413 060	-2,5	60 234 143	0,1
Psychiatrie	12 095 275	-0,4	2 236 151	1,0	4 331 240	2,2	18 662 666	0,3
Soins de suite et de réadaptation	13 161 341	1,4	8 976 944	0,9	10 419 822	2,9	32 558 107	1,7
Soins de longue durée	10 179 946	-2,0	854 382	-1,0	187 711	-0,9	11 222 039	-1,9

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

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2011-2012, traitements DREES, pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2011-2012, traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

GRAPHIQUE ● Répartition des séjours en 2012

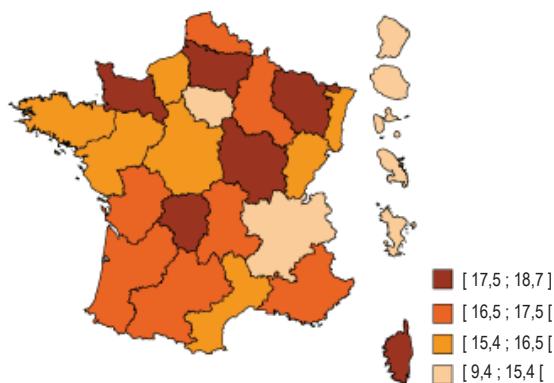


Lecture • Entrées pour l'hospitalisation à temps complet ; venues pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.

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

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2012, traitements DREES, pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2012, traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

CARTE ● Nombre d'entrées en hospitalisation complète de MCO pour 100 habitants en 2012



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

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2012, traitements DREES, pour l'activité de court séjour.

Les autres prises en charge hospitalières

Les établissements de santé ont réalisé, en 2012, 14,7 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 68 000 places. À ces prises en charge, il faut ajouter 16 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 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 (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 baissé significativement l'hospitalisation partielle par rapport à 2006, au profit notamment des consultations externes (non étudiées dans cette fiche). L'évolution à champ constant est difficile à mesurer entre 2007 et 2009. À partir de 2009, la comparaison est de nouveau possible, et l'hospitalisation partielle en court séjour continue de progresser : +3,4 % entre 2010 et 2011 et +3 % entre 2011 et 2012 tous secteurs confondus.

Les séances

Par ailleurs, on comptabilise, en France métropolitaine et dans les DOM, des traitements et des cures ambulatoires, en particulier 4,6 millions de préparations de chimiothérapie, 6 millions de séances de dialyse et 3,9 millions de radiothérapie (tableau 2). La grande majorité (96 %) des séances de radiothérapie sont réalisées en ambulatoire, principalement dans les cliniques privées. Le secteur public occupe, quant à lui,

tions 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, dans la pratique, son utilisation pour des affections non cancéreuses est faible.

Définitions

• **Alternatives à l'hospitalisation** : elles ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les presta-

une place prépondérante dans l'activité de chimiothérapie. En effet, 51 % des préparations délivrées le sont dans ce secteur. Les dix-huit centres de lutte contre le cancer (CLCC) 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 22 % 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 mémoire

En lien avec la mise en place du plan Alzheimer 2008-2012, 578 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. Il s'agit de consultations labellisées dans 60 % des cas. Ces consultations ont accueilli 252 000 patients différents au cours de l'année 2012. Il s'agit de consultations labellisées pour 80 % d'entre eux.

Les soins palliatifs

En France métropolitaine et dans les DOM, on dénombre, en 2012, 128 unités de soins palliatifs (USP) ; celles-ci totalisent 1 400 lits (tableau 3). Ces unités sont présentes en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ou en moyen séjour. Par ailleurs, 5 500 lits sont des lits identifiés en soins palliatifs, mais localisés hors d'unités dédiées (USP). Enfin, 430 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 recensé 18,7 millions de passages en 2012. Elles font l'objet, ainsi que d'autres formes de prise en charge ambulatoire à l'hôpital (en particulier la psychiatrie), de fiches spécifiques (voir chapitres 5 et 6).

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

• **Les centres de lutte contre le cancer (CLCC)** : ils sont 18 en 2012.

Deux CLCC ont fusionné : l'institut de cancérologie de Loire-Atlantique et celui du Maine-et-Loire. Les CLCC sont répartis dans 16 régions françaises. Ils assurent des missions de soins, de recherche et de renseignement, et sont spécialisés en cancérologie.

Pour en savoir plus

• Baubéau D., Carrasco V., Mermilliod C., 2005, « L'activité de radiothé-

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

• Baubéau 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 en milliers*	Places	Venues/ séjours en milliers*	Places	Venues/ séjours en milliers*	Places	Venues/ séjours en milliers*	Places
Hospitalisation partielle en MCO dont :								
Médecine	1 941	9 515	309	1 649	1 729	2 134	3 979	13 298
Anesthésie-chirurgie	557	4 334	181	1 430	1 452	9 508	2 189	15 272
Gynéco-obstétrique	224	1 047	15	40	52	33	291	1 120
Total	2 722	14 896	505	3 119	3 232	11 675	6 459	29 690
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	4 074	22 681	1 055	5 074	333	1 116	5 462	28 871
Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	741	2 555	1 169	4 149	898	2 784	2 808	9 488
Total	7 538	40 132	2 729	12 342	4 463	15 575	14 729	68 049
Hospitalisation à domicile (HAD)** (données hors SSA)	57 294	4 000	92 839	7 770	16 703	2 012	166 836	13 782

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

** Champ : France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA.

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

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2012, traitements DREES, pour l'activité de court séjour ; PMSI-HAD 2012, traitements DREES pour l'HAD ; SAE 2012 traitements DREES pour les autres disciplines.

TABLEAU 2 ● Nombre de séances ou de préparations en 2012 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	1 056 116	410 738	682 666	2 149 520
Nombre de préparations de chimiothérapie délivrées	2 378 951	976 404	1 277 800	4 633 155
Radiothérapie				
Nombre de séances sur malades ambulatoires	928 310	1 023 229	1 770 476	3 722 015
Nombre de séances sur malades hospitalisés	62 191	64 323	40 489	167 003
Nombre total de séances	990 501	1 087 552	1 810 965	3 889 018
Dialyse				
Nombre de séances	1 650 761	2 223 791	2 148 552	6 023 104
Nombre total de séances ou de préparations	6 076 329	4 698 485	5 919 983	16 694 797

* Depuis 2010, le CLCC Huguenin de Saint-Cloud est absorbé par le CLCC Institut Curie. En 2012, deux CLCC ont fusionné : l'institut de cancérologie de Loire-Atlantique et celui du Maine-et-Loire.

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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements 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 (en %)		
		Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Unités de soins palliatifs (USP)	128	60 %	23 %	17 %
Nombre de lits dans les USP	1 444	54 %	34 %	12 %
Équipes mobiles spécifiques de soins palliatifs (EMSP)	428	80 %	14 %	6 %
Nombre de lits identifiés « soins palliatifs », hors USP	5 513	58 %	26 %	16 %

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

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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

Emplois de médecins, dentistes et pharmaciens

En 2012, on compte 183 000 emplois médicaux, internes compris, dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, y compris le service de santé des armées, soit une hausse de 1,3 % par rapport à 2011. Les emplois salariés, qui représentent 7 emplois sur 10, augmentent, tandis que le nombre de libéraux, concentrés pour 87 % dans les établissements privés à but lucratif, diminue.

Les emplois médicaux progressent dans le secteur public et diminuent dans le secteur privé à but lucratif

En 2012, on compte 183 000 emplois médicaux dans les établissements de santé : 113 000 salariés, 41 000 praticiens libéraux et 28 000 internes et assimilés. Le nombre de postes de médecins, biologistes, dentistes et pharmaciens salariés augmente entre 2011 et 2012 (+1,8 %). À l'inverse, le nombre de postes de praticiens libéraux diminue de 2,4 % (tableau 1). Deux tiers des emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics, 22 % des cliniques privées et 10 % des établissements privés à but non lucratif.

Le nombre total d'emplois médicaux s'accroît dans les établissements publics : +1,7 % en effectifs et +3,2 % en équivalent temps plein (ETP) [tableau 2]. Le nombre d'internes et assimilés augmente encore, conformément à la hausse continue du nombre de postes ouverts lors des épreuves classantes nationales (ECN). À l'hôpital, ils représentent 26 000 emplois, c'est-à-dire 20 % des emplois médicaux. Enfin, 1 400 professionnels libéraux exercent dans les établissements publics. Dans les établissements privés à but non lucratif, les emplois médicaux augmentent de 1,1 %. Les emplois salariés, qui représentent 76 % des emplois, sont en hausse de 0,7 % ; ceux des libé-

raux de 2,6 % et les internes et assimilés de 8,7 %. Dans les cliniques privées, les emplois médicaux sont moins nombreux qu'en 2011 (-2,4 %). Les emplois salariés augmentent de 3 % et les libéraux diminuent de 3,1 %. Les libéraux non exclusifs, exerçant dans plusieurs établissements, sont comptés autant de fois qu'ils interviennent dans des établissements différents.

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

Parmi les emplois de praticiens exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé, 60 % sont dédiés, à temps plein ou à temps partiel, à la médecine générale et à des spécialités médicales (anesthésie, réanimation, pédiatrie, etc.) [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 (60 %) que dans les cliniques privées (57 %). Celles-ci se consacrent en effet davantage à la chirurgie (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie »). La moindre proportion des emplois de praticiens consacrés à la biologie médicale et à la radiologie dans le secteur privé traduit, quant à elle, une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux mêmes des établissements.

Champ

Personnel médical des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM, y compris Mayotte, y compris le 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 d'internes (FFI) qui sont en formation. Sont déclarés les personnels médicaux des établissements sanitaires uniquement.

- **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 le 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 les médecins libéraux et correspond 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

- Observatoire national de la démographie des professions de santé,

2009, *Le renouvellement des effectifs médicaux*, tome III, Rapport 2008-2009.

- Kranklader E., 2012, « Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 25, mars, DREES.

- Vanderschelden 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 (lits, places, équipements, personnel).

TABLEAU 1 ● Les emplois médicaux dans les établissements de santé en 2012

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)
Médecins, biologistes, dentistes, pharmaciens								
Salariés	95 324	1,7	13 238	0,7	4 714	3,0	113 276	1,8
Libéraux	1 392	1,8	4 053	2,6	35 860	-3,1	41 305	-2,4
Total	96 716	1,7	17 291	1,1	40 574	-2,4	154 581	0,7
Internes	24 131	6,9	1 550	12,0	87	-	25 768	7,4
Faisant fonction d'internes (FFI)	1 999	-19,6	196	-11,7	0	-	2 195	-18,9
Total internes et FFI	26 130	4,3	1 746	8,7	87	141,7	27 963	4,7
Total	122 846	2,3	19 037	1,8	40 661	-2,3	182 544	1,3

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

Sources • DREES, SAE 2011-2012, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Répartition par statut, en équivalent temps plein, des emplois médicaux salariés dans les établissements publics en 2012

	2012	Évolution 2011-2012 (en %)
Emploi total des salariés	95 324	1,7
ETP des hospitalo-universitaires titulaires *	3 311	5,0
ETP des praticiens hospitaliers	41 311	2,1
ETP des assistants	4 361	8,5
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 099	3,6
ETP des attachés	9 766	6,5
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	6 995	1,5
Total des ETP salariés	67 843	3,2

ETP : équivalent temps plein.

* Par convention, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) sont comptés pour 0,5 ETP.

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

Sources • DREES, SAE 2011-2012, traitements DREES.

TABLEAU 3 ● Les emplois médicaux en établissement de santé en 2012, selon la spécialité

Spécialités	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Structure (en %)
Médecine générale	15 056	2 475	2 879	20 410	13,2
Anesthésie-réanimation	7 826	1 255	3 660	12 741	8,2
Pédiatrie	4 070	455	610	5 135	3,3
Autres spécialités médicales	30 821	6 806	15 809	53 436	34,6
Gynécologie-obstétrique	4 099	561	1 776	6 436	4,2
Spécialités chirurgicales	11 647	2 379	11 592	25 618	16,6
Biologie médicale	4 945	292	983	6 220	4,0
Psychiatrie	8 251	1 530	1 160	10 941	7,1
Pharmacie	4 009	948	1 324	6 281	4,1
Autres	5 992	590	781	7 363	4,8
Total	96 716	17 291	40 574	154 581	100,0

Lecture • 13,2 % des emplois médicaux en établissement de santé concernent la médecine générale en 2012.

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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

Les internes dans les établissements de santé

Fin 2012, 26 000 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 le service de santé des armées, soit une hausse de 7 % par rapport à 2011. Le nombre de faisant fonction d'internes, quant à lui, diminue (-19 %), comme les années précédentes, excepté en 2009. Les internes sont surtout accueillis dans les établissements publics, avec plus d'un interne sur deux en centre hospitalier universitaire. La majorité d'entre eux travaillent en court séjour, à savoir en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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 2012, plus de 9 internes sur 10 (92 %) sont inscrits en médecine (tableau 1), ceux inscrits en odontologie en représentent moins de 1 %. Cette répartition reflète celle des professions médicales (hors sages-femmes) exerçant au sein des hôpitaux publics et privés à but non lucratif : 95 % des praticiens (y compris hospitalo-universitaires) sont des médecins. Le nombre d'internes par praticien est plus faible en médecine (0,2 interne pour un praticien) qu'en pharmacie (0,5). En 2012, le nombre d'internes augmente de 7,4 % par rapport à 2011. Cette progression concerne toutes les spécialités, mais est plus marquée en médecine (+7,5 %) qu'en pharmacie (+3,7 %). Le nombre de médecins diplômés en cours de formation complémentaire faisant fonction d'internes (FFI) continue de diminuer en 2012 (-18,9 %) après une baisse de 15,8 % en 2011. Désormais, ils ne représentent plus que 7,8 % de l'ensemble des internes titulaires en médecine et des FFI, contre 18 % en 2007. Ce mouvement est lié 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 (56 %) [tableau 2]. Seuls 6 % d'entre eux sont accueillis en établissements privés à but non lucratif, dont un tiers dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Cette répartition 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, les FFI, comme les internes, exercent

Champ

Internes des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM, y compris Mayotte, y compris le 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 faisant fonction d'internes (FFI).

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 universitaires et uni-

principalement dans le secteur public avec près d'un FFI sur deux en CHU. 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 est deux fois plus élevé dans les CHU que dans les grands CH. En moyenne, on compte 0,4 interne par praticien salarié à temps plein dans un CHU, contre 0,2 dans un grand CH. Cette distribution suit aussi l'activité hospitalière mesurée en entrées : les CHU et les CH de grande taille, qui accueillent 80 % des internes, représentent aussi la majorité des entrées (68 %). Toutefois, 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 % des entrées en 2012, mais n'accueillent que 24 % des internes. De ce fait, rapporté au nombre d'entrées en hospitalisation complète, le nombre d'internes est trois fois plus élevé dans les CHU.

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

La majorité des internes et des FFI (61 %) effectuent leur formation au sein de services appartenant à la discipline d'équipement « médecine, chirurgie et obstétrique – MCO » (tableau 3), 26 % la font au sein des « autres disciplines de la section hôpital ». Ces autres disciplines correspondent à l'anesthésie-réanimation, à l'imagerie et explorations fonctionnelles, aux urgences, à la biologie médicale, à la pharmacie, notamment. Seuls 10 % des internes exercent en service psychiatrique ou en service de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ou encore en soins de longue durée. Plus de la moitié (55 %) des internes des services psychiatriques travaillent dans des centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS) et 29 % en CHU (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 (50 %) et dans les autres disciplines de la section hôpital (35 %). Le nombre d'internes et de FFI par praticien est plus important en MCO qu'en psychiatrie, moyen séjour et soins de longue durée.

quement dans des établissements hospitaliers publics. Sources

Pour en savoir plus

- Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2010, *Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*, tome I, Rapport 2010-2011.
 - Bachelet M., 2014, « Les affections des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013 », *Etudes et Résultats*, n° 894, DREES.
- La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipement, personnel). Cette source de données ne rend donc pas compte des internes effectuant des stages extra-hospitaliers.

TABLEAU 1 ● Les internes dans les établissements de santé en 2012, selon la spécialité

Spécialités	Internes			Personnel médical*		Ratio internes/ personnel médical*
	Effectifs	%	Évolution 2011-2012 (en %)	Effectifs	%	
Pharmacie	1 805	7,0	3,7	3 900	3,8	0,46
Odontologie	173	0,7	34,1	1 719	1,7	0,10
Médecine (médecine générale et spécialité de médecine)	23 790	92,3	7,5	97 465	94,5	0,24
Total	25 768	100,0	7,4	103 084	100,0	0,25

* Le personnel médical comprend les effectifs des salariés et des libéraux.

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

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

Sources • DREES, SAE 2011-2012, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Les internes en établissement de santé en 2012, selon la spécialité et la catégorie d'établissements

Spécialités	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif	dont centres de lutte contre le cancer	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	Centres hospitaliers universitaires	Centres hospitaliers de grande taille (au moins 300 lits)	Autres établissements publics (y compris CHS*)				
Internes	Effectifs %	14 453 56,1	6 087 23,6	3 591 13,9	1 550 6,0	544 2,1	87 100,0
Faisant fonction d'internes (FFI)	Effectifs %	966 44,0	741 33,8	292 13,3	196 8,9	57 2,6	- 0,0
Total du personnel médical**	Effectifs %	40 252 39,0	29 450 28,6	21 080 20,4	8 895 8,6	2 002 1,9	3 407 3,3
Entrées	Nombre %	2 788 003 29,9	3 579 557 38,4	1 966 499 21,1	694 269 7,5	139 229 1,5	281 851 3,0
Ratio internes/personnel médical		0,36	0,21	0,17	0,17	0,27	0,03
Ratio internes/100 entrées		0,52	0,17	0,18	0,22	0,39	0,03

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

** Le personnel médical comprend les effectifs des salariés et des libéraux.

Lecture • Rapportés à un même nombre d'entrées, les centres hospitaliers universitaires et les centres de lutte contre le cancer forment plus d'internes que les autres établissements de santé.

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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

TABLEAU 3 ● Les internes en établissement de santé en 2012, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation

Disciplines	Internes et faisant fonction d'internes		Personnel médical salarié*		Ratio internes/personnel médical salarié*
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques**	777	3,1	580	1,0	1,34
Médecine, chirurgie et obstétrique	15 365	60,8	29 955	50,3	0,51
Psychiatrie	1 755	6,9	6 617	11,1	0,27
Soins de suite et de réadaptation	589	2,3	1 387	2,3	0,42
Soins de longue durée	154	0,6	121	0,2	1,27
Autres disciplines de la section hôpital	6 628	26,2	20 901	35,1	0,32
Ensemble des disciplines	25 268	100,0	59 562	100,0	0,42

ETP : équivalent temps plein.

* Dans ce tableau, contrairement aux tableaux 1 et 2, les internes sont rapportés aux seuls médecins salariés (en ETP), car la répartition des libéraux en ETP par discipline n'est pas connue.

** 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 Mayotte), y compris SSA, accueillant des internes.

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

TABLEAU 4 ● Les internes en services psychiatriques

Établissements	Internes et faisant fonction d'internes		Entrées en psychiatrie	Ratio internes/ 100 entrées en psychiatrie
	ETP	%		
CHS	966	55,0	305 180	0,32
Centres hospitaliers universitaires	502	28,6	49 438	1,02
Centres hospitaliers	198	11,3	126 632	0,16
Autres établissements	89	5,1	22 019	0,40
Ensemble des établissements	1 755	100,0	503 269	0,35

CHS : centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales.

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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

Personnels non médicaux salariés et sages-femmes

En 2012, 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 Mayotte et le service de santé des armées. Le personnel non médical des établissements sanitaires augmente par rapport à 2011 (+1,2 %). Pour mémoire, il s'agit du personnel non médical des établissements sanitaires uniquement, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est donc exclu. Dans le secteur public, le personnel non médical représente près des trois quarts des dépenses de personnel.

Le nombre d'emplois augmente dans les établissements publics et privés à but non lucratif

Les personnels non médicaux salariés et les sages-femmes dans les établissements de santé représentent 1 022 000 personnes en équivalent temps plein (ETP). Les trois quarts de ces ETP se concentrent dans des hôpitaux publics. Le quart restant se répartit équitablement entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (tableau 1). En 2012, le nombre d'ETP diminue légèrement dans les cliniques privées (-0,2 %), il progresse modérément dans les établissements privés à but non lucratif (+0,8 %), et davantage dans le secteur public (+1,5 %). Le nombre d'infirmiers et de sages-femmes en équivalent temps plein est en hausse (respectivement +1,8 % et +2,6 %), de même que celui des aides-soignants (+0,8 %), tandis que celui des agents de services hospitaliers est globalement en baisse (-1,4 %), en particulier dans le secteur privé lucratif.

Une hausse du personnel non médical atténuée par un transfert d'activités vers les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Au cours de la période 2002-2012, les ETP de personnels non médicaux et de sages-femmes des établissements de santé ont augmenté de 6,9 % (tableau 2). La progression du personnel a été plus marquée dans le secteur de la médecine, chirurgie et obstétrique (+12,9 %). La forte diminution du personnel

des unités de soins de longue durée (USLD) [-34 900 entre 2002 et 2012] est liée à la réforme de 2006 visant à transformer un grand nombre d'USLD en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avant mars 2009. Si l'on exclut les USLD, le personnel non médical des établissements sanitaires est en hausse de 11,3 % entre 2002 et 2012.

Le personnel non médical représente près des trois quarts des dépenses de personnel du public

Les dépenses de personnel des établissements publics de santé ont progressé de 2,4 % en 2012 contre 1,6 % en 2011. Les dépenses de personnel non médical sont le principal poste et représentent près des trois quarts des dépenses (70 % en 2012). Viennent ensuite les dépenses de personnel médical (19 % en 2012), puis les autres dépenses correspondant aux charges de personnel, hors rémunération et charges de Sécurité sociale et de prévoyance (11 % en 2012). Les dépenses de personnel s'élèvent au total à 42,8 milliards d'euros en 2012. En 2012, leur progression reste toujours plus dynamique pour le personnel médical que pour le personnel non médical.

La répartition des dépenses entre types de personnels des établissements à but non lucratif est proche de celle des établissements publics. En 2012, le montant total des dépenses de personnel est en progression de près de 1,2 % par rapport à 2011.

Champ

Personnels non médicaux salariés et sages-femmes des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM, y compris Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA). Contrairement aux années précédentes, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est exclu.

Définitions

- **Les personnels non médicaux et les sages-femmes** pris en compte ici sont des personnels salariés, titulaires ou contractuels, des établissements sanitaires, rémunérés en décembre par l'établissement dans le secteur privé ou par l'entité juridique dans le secteur public (y compris les élèves rémunérés, les personnels en congés simples, de longues maladies, cessation progressive d'activité, etc.). Les apprenants et autres contrats aidés ne sont

pas, en revanche, comptabilisés. Le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation n'apparaît pas dans cette fiche.

- **Les emplois** comptés correspondent au nombre de personnes employées par chaque établissement.

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, 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

- Kranklader E., Minodier C., Fourcade N., 2013, « Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », *Études et Résultats*, n° 846, juillet, DREES.
- Cavillon M., 2012, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, n° 791, mars, DREES.
- Barlet M., Cavillon M., 2011, « La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études 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 facture de production associés (lits, places, équipements, personnel).

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 le groupe EllispHERE pour les cliniques privées à but lucratif. Ces dernières déposent leurs liaises fiscales auprès des tribunaux de commerce. Pour les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC), ce sont les données de l'enquête Comptes financiers réalisée par l'ATIH, qui sont utilisées.

TABLEAU 1 ● Personnels non médicaux et sages-femmes des établissements de santé en 2012, emplois en équivalent temps plein

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)
Personnels administratifs	96 768	0,7	18 315	0,0	18 934	-0,7	134 018	0,4
Personnels soignants	525 909	1,7	80 263	1,5	100 436	0,0	706 608	1,4
Sages-femmes	11 257	2,2	989	2,0	2 402	-0,1	14 649	1,8
Personnel d'encadrement du personnel soignant	17 980	2,6	3 550	-0,2	3 182	-1,9	24 712	1,6
Infirmiers*	229 326	2,7	33 599	2,9	43 980	1,7	306 904	2,6
Aides-soignants**	175 249	1,4	22 976	0,6	29 422	-1,2	227 646	0,9
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	67 410	-1,1	11 733	-0,4	17 421	-3,3	96 564	-1,4
Rééducateurs	14 891	2,5	5 701	1,1	3 274	5,6	23 866	2,6
Psychologues	9 797	2,3	1 715	1,8	756	8,1	12 268	2,5
Personnels éducatifs et sociaux	11 445	3,5	3 406	3,0	852	2,2	15 703	3,3
Personnels médico-techniques	41 275	1,0	5 833	1,8	3 753	4,5	50 861	1,3
Personnels techniques	97 561	1,3	10 038	-4,1	7 118	-4,2	114 717	0,4
Total	772 958	1,5	117 855	0,8	131 094	-0,2	1 021 907	1,2

* Y compris les infirmiers spécialisés et de secteur psychiatrique.

** Non compris les élèves.

Note • À partir de la SAE 2011, seuls sont interrogés les établissements sanitaires. Les établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont désormais exclus du champ.

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

Sources • DREES, SAE 2011-2012, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Personnels non médicaux et sages-femmes entre 2002 et 2012 par discipline, en équivalent temps plein

Disciplines	2002*	2004*	2006*	2008*	2010	2011	2012	Évolution 2002-2012
Administration	232 908	244 260	242 940	244 418	242 922	238 715	240 266	3,2 %
Section hôpital	722 504	725 667	742 888	760 904	763 825	769 143	780 994	8,1 %
Médecine, chirurgie, obstétrique	320 655	330 211	333 497	343 204	352 495	357 652	361 901	12,9 %
Psychiatrie	106 518	109 825	111 937	112 842	114 166	115 337	117 591	10,4 %
Soins de suite et de rééducation	90 416	82 892	86 526	90 512	96 753	97 244	98 735	9,2 %
Soins de longue durée	63 728	51 155	48 403	49 675	33 548	29 640	28 844	-54,7 %
Autres disciplines	141 187	151 584	162 525	164 671	166 863	169 270	173 924	23,2 %
Ensemble	955 412	969 926	985 828	1 005 323	1 006 747	1 007 858	1 021 260	6,9 %
Ensemble (hors unités de soins de longue durée)	891 684	918 771	937 425	955 648	973 199	978 218	992 416	11,3 %

* Sont dénombrés dans ce tableau les équivalents temps plein (ETP) rémunérés en décembre. Le questionnaire de la SAE ayant été modifié en 2009, les ETP en décembre des contrats à durée déterminée n'étaient pas collectés pour la période 2002-2008. Ils ont été estimés par les ETP moyens mensuels rémunérés.

Note • À partir de la SAE 2011, seuls sont interrogés les établissements sanitaires. Les établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont désormais exclus du champ.

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2002-2012, traitements 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 26 390 euros en 2012. 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 augmentent davantage avec l'âge.

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

En 2012, le salaire net annuel moyen d'un équivalent temps plein s'élève à 26 390 euros, 26 900 euros dans le secteur public, 26 330 euros dans le secteur privé à but non lucratif et 22 900 euros dans le secteur privé à but lucratif (graphique). Les différences de salaires moyens entre les différents secteurs s'expliquent aussi par des différences de structure de qualification et de répartition par âge. Les cadres de direction ont en moyenne des salaires plus élevés dans le secteur privé à but lucratif que dans les secteurs public et privé à but non lucratif. À l'inverse, les professions hors cadres et les médecins ont des salaires moyens moins élevés dans le privé que dans le public. Les « médecins, pharmaciens, psychologues » (hors internes et externes) perçoivent un salaire net annuel moyen de 58 510 euros. Les comparaisons entre secteurs des salaires moyens des médecins sont délicates du fait de la spécificité des modes de rémunération. En particulier, la part des médecins salariés dans l'effectif total des établissements privés à but lucratif est très faible par rapport à la part équivalente dans les deux autres secteurs. En effet, dans les cliniques privées, les personnels médicaux exercent majoritairement en tant que libéraux et ne sont donc pas salariés. Pour les professions intermédiaires « soignantes et sociales », le salaire annuel moyen est plus élevé dans le secteur public (27 740 euros) que dans les secteurs privés à but non lucratif et à but lucratif (respectivement 25 990 euros et 25 710 euros). De même, les « agents de service et employés administratifs » gagnent respectivement 20 250, 18 480 et 17 760 euros dans les secteurs public, privé à but non lucratif et à but lucratif. En 2012, la dispersion des salaires, appréciée par le rapport inter-décile, est supérieure à 2 dans l'ensemble du secteur hospitalier (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 interdécile est ainsi de plus de 3 parmi les cadres, médicaux ou non, tandis qu'il est inférieur à 2 pour les autres professions, rapports qui ne diffèrent pas d'un secteur à l'autre. Ces dispersions sont stables d'une année sur l'autre.

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

En 2012, un « médecin, pharmacien, psychologue ou cadre » employé d'un établissement de santé perçoit, en début de carrière, un salaire annuel compris en moyenne entre 25 430 euros s'il est âgé de moins de 30 ans et 43 060 euros s'il a entre 30 et 39 ans (tableau 2). Entre 50 et 59 ans, il perçoit en moyenne 65 460 euros par an. Cet écart selon l'âge est beaucoup plus marqué pour les personnels plus qualifiés que pour les autres salariés de l'hôpital. Ainsi, parmi les professions intermédiaires (soignantes, sociales, administratives et techniques), les salariés de moins de 30 ans gagnent en moyenne 21 600 euros par an, tandis que les salariés âgés de 50 à 59 ans perçoivent en moyenne 31 930 euros. Les écarts selon l'âge sont plus faibles encore pour les agents de service et les ouvriers, de 17 310 euros pour les plus jeunes à 21 890 euros pour leurs ainés. Le salaire moyen des hommes est supérieur de 22 % 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 exercent plus souvent des postes de la filière soignante (infirmière, sage-femme, aide-soignante, etc.), correspondant aux professions intermédiaires soignantes et aux agents de service.

Champ

France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors le service de santé des armées (SSA) et hors stagiaires, contrats aidés, internes et externes. La présente étude porte sur les établissements dont l'activité économique principale relève des activités hospitalières (8610Z) ou ayant la catégorie juridique « établissement d'hospitalisation » (7364).

Définitions

• **Salaire net annuel moyen** : il est calculé à partir du salaire net fiscal disponible dans les déclarations annuelles de données sociales (DADS). Il est net de toutes cotisations sociales, y compris la contribution sociale généralisée (CSG) et la 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 service 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 sur l'état de la fonction publique, édition 2014, disponible sur le site internet de la fonction publique.

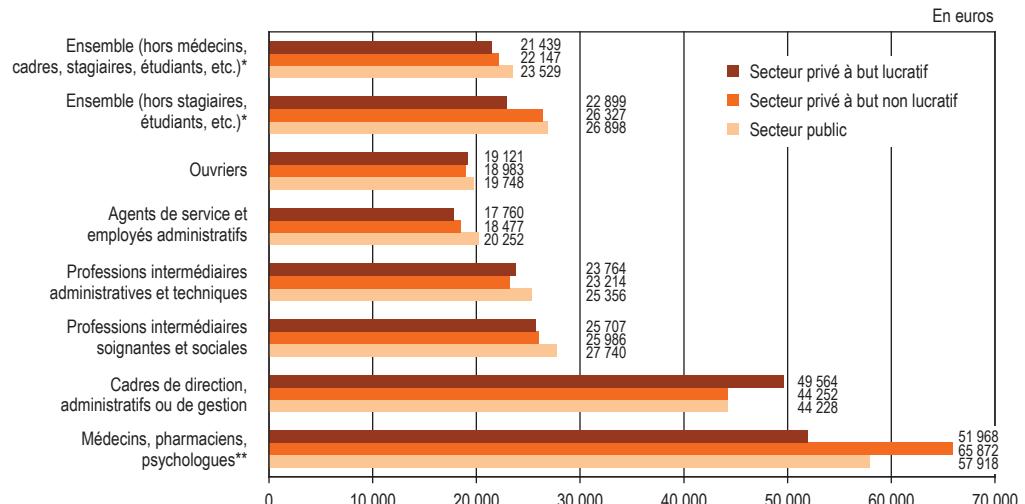
• INSEE, 2014, « Les salaires dans la fonction publique en 2012 (premiers résultats) », *Informations rapides*, n° 90, avril 2014.

Sources

La déclaration annuelle de données

sociales (DADS) est une formalité déclarative que doit accomplir toute entreprise employant des salariés. Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissent annuellement et pour chaque établissement un certain nombre d'informations relatives à l'établissement et aux salariés (la nature de l'emploi et la qualification, le montant des rémunérations versées, etc.). 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 des variables caractéristiques du secteur public, liés notamment au statut de l'agent : grade, échelon, indice, etc. Ce fichier remplace les DADS pour toutes les données de salaires dans les hôpitaux publics depuis 2009.

GRAPHIQUE ● Les salaires nets annuels moyens en 2012 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité



* Y compris personnels non ventilés.

** Hors internes et externes.

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

Champ • Salariés, France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA.

Sources • INSEE, DADS 2012-SIASP 2012, traitement DREES.

TABLEAU 1 ● Distributions des salaires nets annuels en 2012

Déciles	Secteur public*	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif
D1	16 964	15 452	14 762
D2	18 494	17 268	16 124
D3	19 873	18 847	17 454
D4	21 239	20 487	18 913
Médiane	22 730	22 041	20 471
D6	24 628	23 814	22 198
D7	27 390	25 977	24 280
D8	31 349	29 167	27 011
D9	38 146	38 549	32 089
D9/D1	2,2	2,5	2,2

* Y compris personnels non ventilés.

Note • Hors internes et externes.

Champ • Salariés, France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA.

Sources • INSEE, DADS 2012-SIASP 2012, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Structure des emplois et salaires nets annuels moyens par tranche d'âges et catégorie socioprofessionnelle, en 2012

Tranche d'âges	Médecins, pharmaciens, psychologues/cadres*		Professions intermédiaires soignantes, sociales, administratives, techniques		Agents de service, employés, ouvriers		Ensemble (hors stagiaires)**	
	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)
Moins de 30 ans	4,2***	25 429	21,7	21 597	16,5	17 305	17,5	19 741
30 à 39 ans	27,2	43 055	27,3	24 662	22,6	18 830	25,0	24 100
40 à 49 ans	26,3	57 297	24,4	28 995	30,9	19 970	27,7	26 806
50 à 59 ans	29,0	65 461	23,9	31 930	27,6	21 450	26,2	30 301
60 ans ou plus	13,3	69 856	2,8	32 845	2,4	21 894	3,6	42 785

* Hors internes et externes.

** Y compris personnels non ventilés.

*** 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 (hors Mayotte), hors SSA.

Sources • INSEE, DADS 2012-SIASP 2012, traitement DREES.

Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités

L'organisation sanitaire des cinq départements français d'outre-mer revêt une grande diversité. La Martinique et la Guadeloupe ont une capacité et une activité hospitalières comparables à celles de la Métropole, tandis qu'en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, la capacité, rapportée à la population, est nettement moins élevée et moins variée.

Les départements d'outre-mer (DOM) ont une organisation sanitaire très contrainte par leur géographie. Les Antilles, La Réunion et Mayotte 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 nettement plus jeune à Mayotte, à La Réunion et en Guyane. En 2012, la population des DOM représente 3 % de la population française, soit 2,1 millions de personnes. La Guyane, Mayotte et la Corse sont maintenant les seules régions françaises à ne pas avoir de centre hospitalier régional (CHR) [tableau 1]. Les deux premières régions sont aussi les seules à ne pas avoir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, l'offre publique reposant uniquement sur les 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, tandis que la Guyane et La Réunion ont des taux d'équipement plus faibles (tableaux 2 et 3). Ainsi, en soins de suite et de réadaptation (moyen séjour), la Guadeloupe et la Martinique disposent respectivement de 16 et 14 lits pour 10 000 habitants (16 en France métropolitaine), contre 5 pour la Guyane et La Réunion.

Médecine, chirurgie et obstétrique

L'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en hospitalisation complète, rapportée à la population, est plus faible dans les DOM qu'en France métropolitaine. Le taux d'hospitalisation varie de 13,3 à 15,2 entrées pour 100 habitants dans les DOM (hors Mayotte), alors qu'il est en moyenne de 16,1 en Métropole (tableau 4). En 2012, la durée moyenne de séjour est légèrement plus élevée que la moyenne métropolitaine (5,7 jours) en Martinique et en Guyane (6,3 et 6,4 jours), mais est plus courte à La Réunion (5 jours). L'hospitalisation partielle en MCO rapportée à la population a progressé dans les départements antillais et à la Réunion avec des taux proches de ceux de la Métropole, mais est beaucoup moins développée en Guyane, en lien avec une capacité plus faible. En 2011, l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Cayenne a permis 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 entrées en hospitalisation complète et des venues en hospitalisation partielle) est de 21 % en Guyane, alors qu'elle est de 41 % en Guadeloupe et de 35 % en Martinique et à La Réunion, parts comparables à celle de la Métropole (38 %).

Champ

Les capacités et l'activité concernent l'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2012.

Définitions

- Pour les notions d'établissements de santé, voir la fiche « Les grandes catégories d'établissements de santé » ; pour les notions de lits et de places, d'hospitalisation complète et

partielle, voir la fiche « Les capacités d'accès à l'hôpital ».

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

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 : 5 venues pour 100 habitants contre 4,1 au plus en Guadeloupe. Pourtant, en nombre de places pour 10 000 habitants, la Guadeloupe est mieux dotée que les autres DOM, 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 : 18 jours contre environ 30 en Guyane et 27 en Guadeloupe (28 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 quasiment équivalent à celui de la Métropole. 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 inexisteante en ce qui concerne l'hospitalisation partielle, notamment en raison de l'organisation particulière de son territoire et de la jeunesse de sa population.

Mayotte, département d'outre-mer depuis le 31 mars 2011

Mayotte se distingue des quatre autres départements d'outre-mer par une capacité très réduite en hospitalisation. Ce département est doté d'un seul centre hospitalier public situé à Mamoudzou dont l'offre est concentrée sur la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. Le taux d'équipement y est le plus faible des DOM : 14 lits d'hospitalisation complète et 3 places d'hospitalisation partielle pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation complète en MCO est très inférieur à celui des autres DOM : 9,4 % avec une durée moyenne de séjour de 5,7 jours, en dépit d'une faible part de l'hospitalisation partielle. La capacité et l'activité en psychiatrie sont très réduites : 0,6 lit pour 10 000 habitants, 0,1 entrée pour 100 habitants et une durée moyenne de séjour de 19 jours. Ce département n'a aucune capacité en soins de suite et de réadaptation.

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 depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

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 (entrées et journées en

TABLEAU 1 ● Nombre d'établissements de santé par catégorie d'établissements en 2012

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Établissements publics	10	11	2	4	1	903
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	1	1	0	1*	0	29
Centres hospitaliers (CH), dont anciens hôpitaux locaux	8	9	2	2	1	767
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	1	1	0	1	0	85
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	22
Établissements privés à but non lucratif	1	1	1	2	0	694
Centres de lutte contre le cancer	0	0	0	0	0	18**
Autres établissements privés à but non lucratif	1	1	1	2	0	676
Établissements privés à but lucratif	12	4	3	16	0	995
Établissements de soins de suite et de réadaptation	4	1	1	7	0	311
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	8	2	2	6	0	524
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	1	0	2	0	137
Établissements de soins de longue durée	0	0	0	0	0	12
Autres établissements privés à but lucratif	0	0	0	1	0	11
Total	23	16	6	22	1	2 592

* En 2012, le centre hospitalier Félix Guyon et le groupe hospitalier Sud Réunion ont fusionné et sont comptés comme un seul CHR.

** Deux centres de lutte contre le cancer ont également fusionné : ceux de Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire pour former l'institut de cancérologie de l'Ouest.

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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2012

		DOM					France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	
Lits	Médecine, chirurgie, obstétrique	1 351	1 248	653	2 031	305	216 443
	Psychiatrie	300	336	96	369	12	56 509
	Soins de suite et de réadaptation	644	542	129	614	0	100 706
	Soins de longue durée	197	142	30	70	0	32 113
Places	Médecine, chirurgie, obstétrique	165	132	44	262	54	29 033
	Psychiatrie	183	65	45	289	0	28 289
	Soins de suite et de réadaptation	91	41	30	220	0	9 106
Population au 1 ^{er} janvier 2012		405 511	387 962	246 901	837 877	212 600	63 519 077

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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

TABLEAU 3 ● Nombre de lits et de places installés pour 10 000 habitants au 31 décembre 2012

		DOM					France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	
Lits	Médecine, chirurgie, obstétrique	33	32	26	24	14	34
	Psychiatrie	7	9	4	4	1	9
	Soins de suite et de réadaptation	16	14	5	7	0	16
	Soins de longue durée	5	4	1	1	0	5
Places	Médecine, chirurgie, obstétrique	4	3	2	3	3	5
	Psychiatrie	5	2	2	3	0	4
	Soins de suite et de réadaptation	2	1	1	3	0	1

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

Sources • DREES, SAE 2012, traitement DREES ; INSEE, estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2012 (données provisoires).

TABLEAU 4 ● Activité des établissements de santé, taux pour 100 habitants en 2012

		DOM					France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	
Entrées en hospitalisation complète	Médecine, chirurgie, obstétrique	15,2	13,9	13,4	13,3	9,4	16,1
	Psychiatrie	0,8	0,5	0,4	0,7	0,1	1,0
	Soins de suite et de réadaptation	1,7	1,5	0,3	0,7	0,0	1,5
	Soins de longue durée	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
venues en hospitalisation partielle	Médecine, chirurgie, obstétrique	10,5	7,5	3,6	7,3	3,0	9,9
	Psychiatrie	4,1	1,3	2,4	5,0	0,0	8,5
	Soins de suite et de réadaptation	5,7	3,3	0,0	8,2	0,0	4,3

Note • Pour le secteur MCO, l'activité comptabilise les hospitalisations des résidents des aires géographiques réalisées dans le département de résidence ou dans un autre département, y compris en Métropole. Pour les autres disciplines, l'activité comptabilisée est celle des établissements de santé situés sur ces aires.

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

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2012, traitements DREES, pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2012, traitements DREES, pour les disciplines hors MCO ; INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2012 (données 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 dix ans, le nombre de lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) a diminué de près de 19 000, alors que dans le même temps se sont développées les capacités d'hospitalisation à temps partiel. Entre 2011 et 2012, l'activité d'hospitalisation complète évolue peu tandis que l'hospitalisation partielle augmente significativement. Les durées moyennes de séjour restent stables.

Entre 2002 et 2012, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en court séjour a diminué de près de 19 000 (18 600), pour atteindre environ 222 000 lits en fin de période. Cette diminution s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -6 % pour les établissements publics contre -11 % pour les cliniques privées et -12 % pour les établissements privés à but non lucratif. Cependant, ces écarts d'évolution n'ont pas modifié de façon significative la répartition globale des lits entre les différents secteurs.

30 000 places d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique en 2012

En contrepartie, le développement de l'hospitalisation partielle a été particulièrement important en MCO. En 2002, on dénombrait 17 000 places dédiées à ce mode de prise en charge et près de 30 000 en 2012. 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 (tableau 1).

Une évolution de l'activité en MCO portée par l'hospitalisation partielle

L'activité en hospitalisation complète est globalement stable en 2012 par rapport à 2011 (+0,2 %), résultat dû à une faible hausse du nombre de séjours dans le secteur public et à une baisse dans les établissements privés à but lucratif (tableau 2). En chirurgie, même si le nombre d'entrées augmente peu dans les hôpitaux publics (+0,8 %) et diminue dans les cliniques privées (-1,7 %) ainsi que dans les établissements privés à but non lucratif (-1,1 %), au final, les hospitalisations chirurgicales à temps complet restent plus nombreuses dans les cliniques privées que dans les établissements publics. En médecine, où les établissements publics accueillent les trois quarts des

séjours d'hospitalisation complète, les évolutions du nombre d'entrées sont proches de celles observées en chirurgie. 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 8 % tous secteurs confondus entre 2008 et 2011, s'accroît encore de 3,1 % entre 2011 et 2012. Au global, cette hausse est davantage le fait des cliniques privées, même si entre 2011 et 2012, les évolutions des hôpitaux publics et des établissements privés se rapprochent (hausses respectives de 2,8 % et 3,1 %). L'augmentation des séjours chirurgicaux réalisés en hospitalisation partielle est, quant à elle, très élevée dans tous les secteurs ; les cliniques privées réalisent les deux tiers de cette activité. À l'inverse, la médecine reste l'activité principale des établissements publics, puisque 70 % des entrées et des venues ayant lieu dans ces établissements relèvent de cette discipline (graphique).

Stabilisation de la durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète reste stable en 2012, à 5,7 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 (4,5 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, quant à eux, une position intermédiaire. Les écarts apparaissent surtout en médecine et en 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 2012 en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) hors séances. Les séjours des nouveaux-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, obstétrique, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en « hospitalisation de moins de un jour », encore appelée 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, obstétrique correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affectation se fera en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle

que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ».

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

Sources

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

TABLEAU 1 ● Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2012 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	97 940	9 520	9 870	1 650	12 940	2 130	120 740	13 300
Chirurgie	36 820	4 330	7 180	1 430	36 020	9 510	80 020	15 270
Gynéco-obstétrique	14 300	1 050	1 460	40	5 500	30	21 260	1 120
Total	149 060	14 900	18 510	3 120	54 460	11 670	222 020	29 690

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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Nombre de séjours en 2012 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement

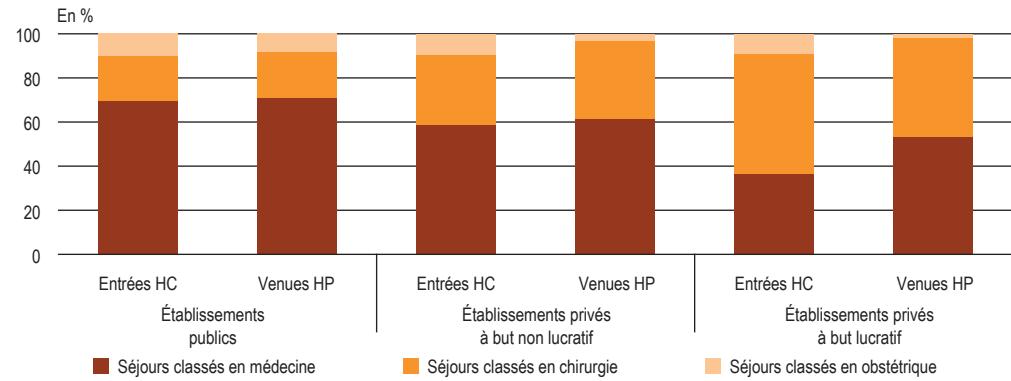
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)
Hospitalisation de plus d'un jour								
Séjours classés en médecine	4 793 000	1,2	494 000	1,0	1 005 000	-1,3	6 293 000	0,8
Séjours classés en chirurgie	1 397 000	0,8	273 000	-1,1	1 514 000	-1,7	3 183 000	-0,6
Séjours classés en obstétrique	695 000	0,5	78 000	0,0	249 000	-3,2	1 021 000	-0,5
Total	6 885 000	1,1	845 000	0,2	2 768 000	-1,7	10 497 000	0,2
Hospitalisation de moins d'un jour								
Séjours classés en médecine	1 941 000	2,1	309 000	3,6	1 728 000	2,8	3 979 000	2,5
Séjours classés en chirurgie	557 000	7,7	181 000	5,9	1 452 000	3,7	2 189 000	4,9
Séjours classés en obstétrique	224 000	-1,9	15 000	-1,3	52 000	-4,9	291 000	-2,4
Total	2 722 000	2,8	505 000	4,3	3 232 000	3,1	6 459 000	3,1

Note • À la demande des ARS, le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique) a changé et se fait dorénavant à partir des CAS (catégories d'activités de soins, basées sur le troisième caractère du GHM) et ne sont plus inscrits dans les ASO (activités de soins en médecine, chirurgie, obstétrique). Concernant les séjours de chirurgie, on repère dorénavant les séjours avec un acte classant opératoire, alors que le regroupement à partir de l'ASO avait pour objectif d'approcher le plus possible les séjours se déroulant dans des lits de chirurgie. Dans ce tableau, dont la comparaison 2011/2012 se fait en employant la même méthode de regroupement des GHM (CAS), on observe une diminution des séjours classés en chirurgie par rapport au classement basé sur les codes ASO. La médecine regroupe ici, en plus des séjours sans acte classant, les techniques peu invasives (environ 2,8 millions de séjours en 2012). Ainsi, les versions de ce tableau figurant dans les éditions antérieures du Panorama des établissements de santé, basées sur le regroupement ASO, ne peuvent être directement comparées au tableau de cette présente édition.

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

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2011-2012, traitements DREES.

GRAPHIQUE ● Répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique selon le statut de l'établissement en 2012



HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.

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

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2012, traitements DREES.

Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle

Les enfants de moins de 1 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 (graphique 1). En 2012, 423 300 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont concerné des nourrissons, soit 2,5 % des séjours à temps complet et partiel, alors qu'ils ne représentent que 1,2 % 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 souvent 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 2012, le nombre de patients hospitalisés en France métropolitaine et dans les DOM en MCO a ainsi été évalué à 11 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 6,2 millions de femmes et 4,8 millions d'hommes. Ainsi, 17 % de la population française connaît une hospitalisation en MCO 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 (72 %), 17 % des patients l'ont été deux fois et 11 %, trois fois ou plus. Les recours multiples à l'hôpital ne touchent pas toutes les classes d'âges 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 (graphique 2). Les personnes hospitalisées de plus de 70 ans le sont plus fréquemment, avec plus de 1,7 hospitalisation en moyenne.

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

Parmi les personnes hospitalisées dans le Limousin, 17 % (soit 36 000 personnes) sont originaires d'autres régions, principalement des régions Aquitaine, Midi-Pyrénées, Poitou-Cha-

rentes et Centre. Cela s'explique par la forte attractivité des départements de la Corrèze et de la Haute-Vienne pour les habitants de la Dordogne et du Lot. De la même manière, 10 % des personnes hospitalisées en Bourgogne (soit 43 000 personnes) ne résident pas dans cette région. Les établissements des départements de la Nièvre et de la Saône-et-Loire sont particulièrement attractifs pour les départements limitrophes. Alors que 3 millions des hospitalisations de France métropolitaine et des DOM ont lieu en Île-de-France, 1,7 % des personnes hospitalisées dans cette région viennent de Picardie (soit 50 000 personnes) et 1,5 % de la région Centre (soit 46 000 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 des 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 (graphique 3). La part de ces établissements diminue progressivement ensuite et s'établit aux alentours de 50 % pour les patients âgés de 45 à 84 ans. Entre 65 et 84 ans, les cliniques privées font presque 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'âges : 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 76 % (85 % pour les moins de 1 an), et celle des personnes âgées de 85 ans ou plus est de 70 %.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2012 en France métropolitaine et dans les DOM, y compris Mayotte sauf pour les taux d'hospitalisation par tranche d'âges (pour lesquels le

champ est « DOM hors Mayotte »), et y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances.

Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

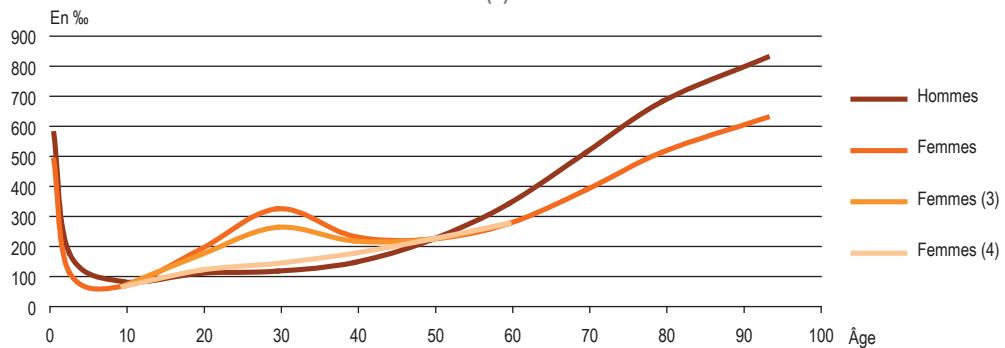
Définitions

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

Sources

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

GRAPHIQUE 1 ● Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée MCO (1) des établissements de santé en 2012 (2)



1. Médecine, chirurgie, obstétrique.

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.

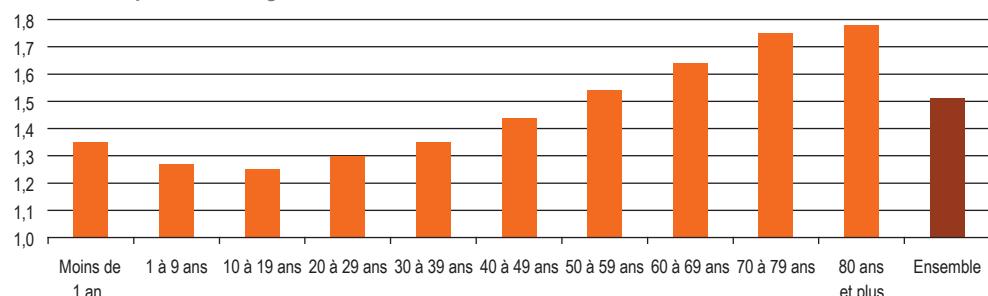
3. Non compris accouchement unique et spontané, code O80 de la CIM (classification internationale des maladies) de l'OMS 10^e révision.

4. Non compris grossesse, accouchement et puerpérilité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10^e révision).

Champ • Séjours de résidents en France métropolitaine et dans les DOM, hors Mayotte.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2012, traitements DREES ; INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2012 (publication janvier 2014).

GRAPHIQUE 2 ● Nombre moyen d'hospitalisations des personnes hospitalisées dans l'année en 2012, par classe d'âges

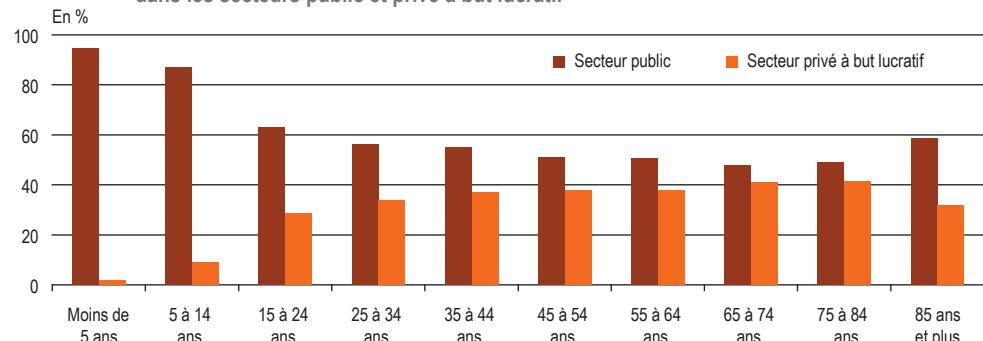


Note • Les séjours des bébés restés près de leur mère ne sont pas inclus.

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

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2012, traitements DREES.

GRAPHIQUE 3 ● Prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2012 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 (à noter que le secteur privé à but non lucratif n'est pas représenté sur le graphique).

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

Sources • ATIH PMSI-MCO 2012, traitements DREES.

Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours

En 2012, 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 et 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 2012, les maladies de l'appareil digestif sont le premier motif d'hospitalisation des hommes de moins de 25 ans (14 % des séjours), devant les traumatismes (12,5 %). Pour les jeunes femmes, l'ensemble des séjours liés à la maternité (19,5 % des séjours) demeure le premier motif de recours en MCO devant les pathologies digestives (16 %). Viennent ensuite les atteintes respiratoires, comme les pathologies des amygdales ou des végétations adénoïdes, les bronchites ou bronchiolites aigües et l'asthme, ainsi que les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention.

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

Entre 25 et 64 ans, toujours en 2012, après les séjours liés à la maternité pour les femmes (21,7 %), 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 16,3 % chez les hommes et 15,6 % chez les femmes pour les premiers et 16,3 % chez les hommes

et 12,4 % 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 concernent 8 % à 13 % 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 de près de 12 % des hospitalisations des femmes âgées. En outre, pour les femmes comme pour les hommes, les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs restent 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 2012 en France métropolitaine et dans les DOM (hors Mayotte), y compris le service de santé des armées (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 CIM-10 comporte un système de codage qui permet d'attribuer deux codes à certains diagnostics. Ces derniers contiennent des informations relatives à la fois à une maladie généralisée initiale (étiologie) et à une manifestation localisée à un organe donné (manifestation clinique). Dans ce cas, le PMSI retient 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'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'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ».

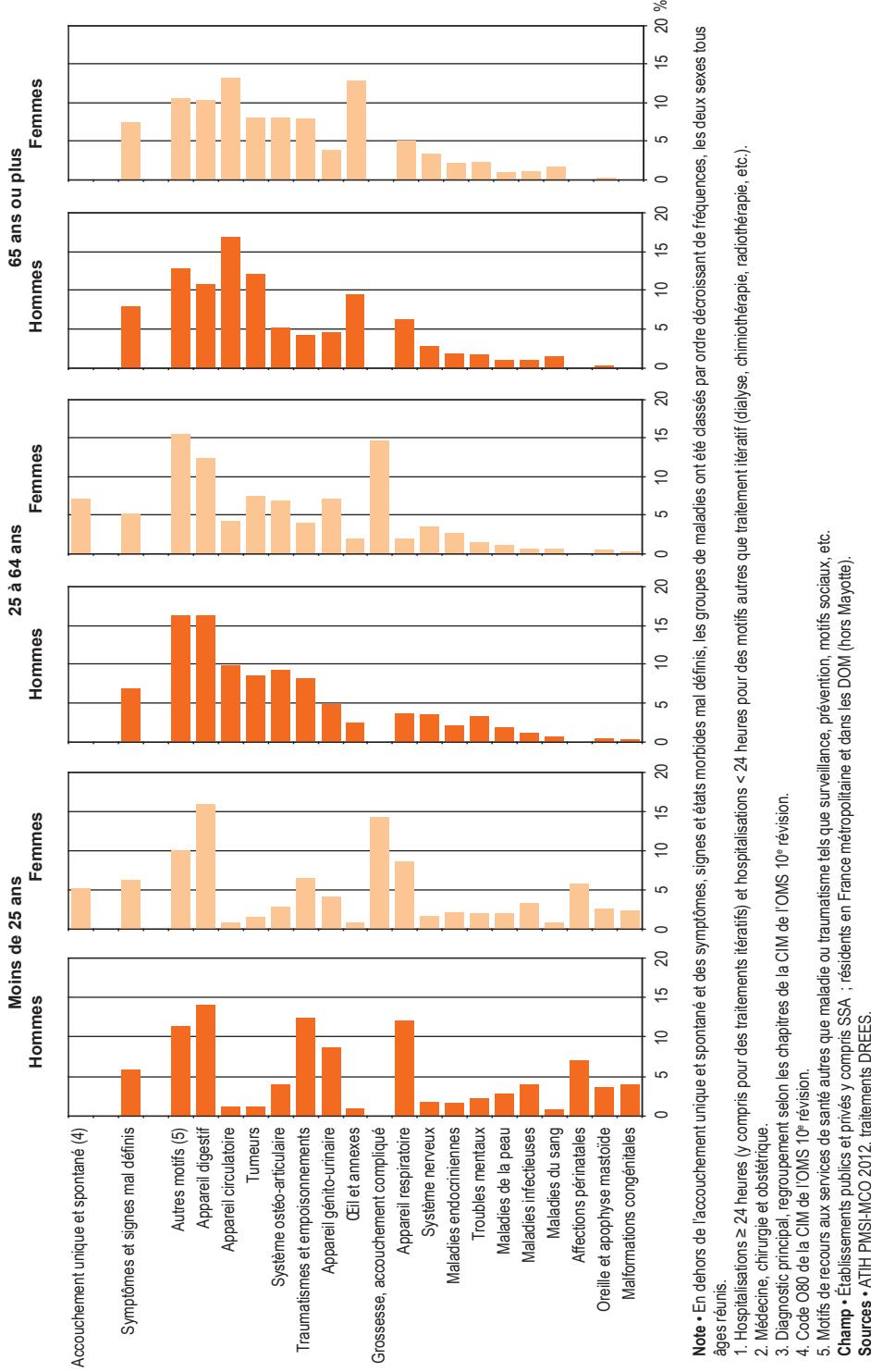
Document de travail, Série Études et Recherche, DREES, novembre.

- Mouquet M.-C. et Oberlin P., 2012, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », dans *Le Panorama des établissements de santé – Édition 2012*, DREES.
- 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 », dans *L'État de santé de la population – Rapport 2011*, DREES.

Sources

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

GRAPHIQUE ● Répartition des séjours (1) annuels dans les services de soins de courte durée MCO (2) selon la pathologie traitée (3), l'âge et le sexe du patient en 2012



La spécialisation en médecine

La spécialisation des établissements de santé selon 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 70 % des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en 2012, contre 60 % dans les établissements privés à but non lucratif et 46 % 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 2012, les deux tiers des séjours médicaux sont réalisés par le secteur public

La part du secteur public dans l'activité de médecine (66 %) est majoritaire pour quasiment tous les domaines d'activités (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, aux maladies infectieuses (dont le VIH), aux pathologies psychiatriques traitées hors des services de psychiatrie et aux affections du système nerveux. Le poids du secteur public est le plus faible dans les pathologies de l'appareil digestif en raison de la part prépondérante des endoscopies dans ce domaine d'activité, réalisées pour la plupart dans les cliniques privées (tableau). La part de l'ambulatoire (moins de un jour) dans l'activité médicale des établissements publics n'est que de 29 % en raison de la complexité des cas traités.

Les cliniques privées privilégient l'ambulatoire, notamment pour les endoscopies

Un peu plus d'un quart des séjours médicaux ont lieu dans les cliniques privées (27 %). Celles-ci accueillent 75 % des endoscopies digestives – de loin les plus nombreuses –, 50 % des endoscopies génito-urinaires, 55 % des endoscopies bronchiques et 60 % des endoscopies oto-rhino-laryngologiques (ORL). Au final, environ 1,1 million d'endoscopies sont réalisées dans les cliniques privées, ce qui représente 40 % de l'activité médicale de ces établissements. En dehors des endoscopies, le poids des cliniques privées est aussi très important dans la prise en charge des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (41 %). Lorsqu'ils sont interventionnels, et donc à visée thérapeutique, ils 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, d'où la part importante (63 %) des séjours médicaux de moins de un jour dans les établissements privés à but lucratif, une proportion plus de 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 et 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 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 – notamment les greffes de moelle dont ils assurent 21 % des prises en charge – et les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète (26 % des prises en charge). La part de l'ambulatoire dans l'activité médicale des établissements privés à but non lucratif est de 39 %.

Une évolution stable des parts de prise en charge

Entre 2011 et 2012, 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 son poids augmenter au détriment du secteur privé à but lucratif en ce qui concerne les prises en charge des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (+1,2 point). À l'inverse, la part du secteur public baisse pour les pathologies psychiatriques traitées hors des services de psychiatrie (-0,5 point) en faveur des établissements privés à but non lucratif.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2012 en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) hors séances. Les techniques peu invasives (environ 2,8 millions de séjours) sont ici intégrées aux séjours de médecine. 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 2 500 groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sorte standardisés de chaque patient. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégorie est souvent nécessaire. La classification utilisée ici, qui regroupe les GHM en groupes d'activité, les groupes d'activité en groupes de planification et les groupes de planification en domaines d'activité, a été réalisée par l'ATIH. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (par exemple

ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

- **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., 2013, « Hospitalisation de court séjour – Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Panorama des établissements de santé – édition 2013*, DREES.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour

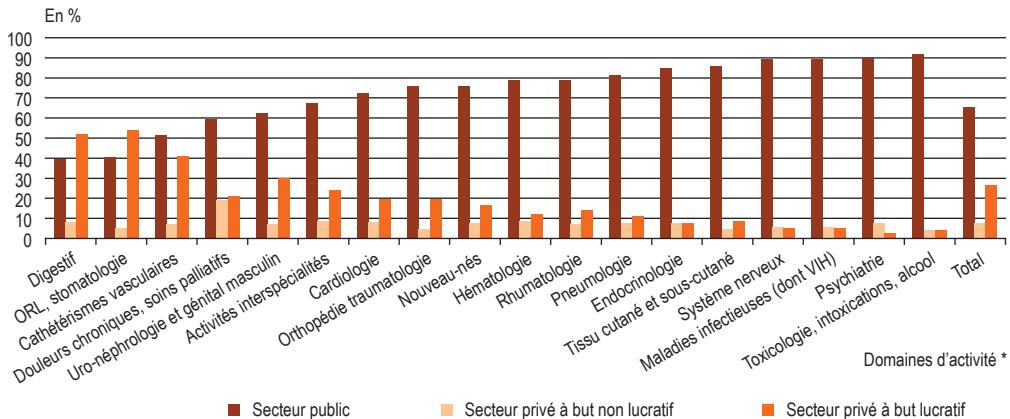
entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats* n° 785, novembre, DREES.

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

Sources

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

GRAPHIQUE ● Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2012



* Seuls les domaines d'activité réunissant plus de 100 000 séjours sont représentés ici.

Lecture • 39,8 % de l'activité médicale digestive est prise en charge par le secteur public, contre 52,3 % par le secteur privé à but lucratif et 7,9 % par le secteur privé à but non lucratif.

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

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2012, traitements DREES.

TABLEAU ● Répartition des prises en charge médicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2012

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble de l'activité médicale	10 272 139	65,6	7,8	26,6
Digestif, dont :				
Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	2 408 480	39,8	7,9	52,3
Symptômes digestifs	982 681	16,2	8,9	74,9
233 493	74,5	6,8	18,7	
Cardiologie, dont :				
Cardiopathies, valvulopathies	894 152	72,6	7,9	19,5
Troubles du rythme/conduction	215 652	80,6	6,4	13,0
113 598	71,7	6,6	21,7	
Pneumologie, dont :				
Infections respiratoires	856 132	81,5	7,4	11,1
Bronchites, bronchiolites et asthme	291 748	84,1	7,3	8,6
195 067	88,7	5,1	6,3	
Système nerveux, dont :				
Accidents vasculaires cérébraux	756 031	89,1	5,7	5,1
167 823	90,7	4,7	4,7	
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :				
Infections des reins et des voies urinaires, lithiasies	615 238	62,7	7,2	30,1
Endoscopies génito-urinaires avec ou sans anesthésie	170 024	74,5	6,6	18,9
114 696	41,1	9,2	49,7	
ORL, stomatologie	536 572	40,8	5,0	54,1
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	436 514	51,5	7,3	41,2
Endocrinologie, dont :				
Diabète	386 202	84,9	7,6	7,6
Troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	121 928	86,3	7,0	6,7
129 035	78,6	7,2	14,2	
Toxicologie, intoxications, alcool	368 463	91,7	4,1	4,2
Rhumatologie, dont :				
Maladies osseuses et arthropathies	342 440	78,8	7,0	14,2
184 281	73,6	7,1	19,3	
Hématologie	296 291	78,9	8,8	12,4
Psychiatrie, dont :				
Névroses, psychoses et autres troubles mentaux	273 708	89,7	7,8	2,5
150 947	92,6	5,0	2,4	
Tissu cutané et tissu sous-cutané	233 961	86,2	4,8	9,0
Nouveau-nés	202 234	76,1	7,4	16,5
Orthopédie traumatologie	174 282	75,9	4,8	19,4
Maladies infectieuses (dont VIH)	137 068	89,2	5,5	5,3

Note • La classification des GHM fait l'objet d'actualisations régulières. Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie et obstétrique) a également évolué et se fait dorénavant à partir des catégories d'activités de soins (CAS), basées sur le 3^e caractère du GHM. Ainsi, les regroupements fins d'activités du tableau ci-dessus ont évolué par rapport aux versions de ce tableau figurant dans les éditions antérieures du Panorama des établissements de santé. Toutefois, les données 2011 ont été rétropolées suivant cette nouvelle segmentation afin de permettre de calculer des évolutions sur un champ comparable entre 2011 et 2012.

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

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2012, traitements DREES.

La spécialisation en chirurgie

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

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

Bien qu'ils ne totalisent que 36 % de l'activité de chirurgie en 2012, les établissements de santé publics ont la quasi-exclusivité de certains domaines d'activités (graphique), comme les transplantations d'organes (97 %), la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (97 %) ou celle des brûlures (90 %), telles les greffes de peau. Les autres interventions qui sont majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, celles concernant la chirurgie du système nerveux central par exemple (89 %) [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 (46 %), comme celles sur l'orbite (67 %) ou la rétine (40 %). De la même manière, en chirurgie orthopédique, la part du public est de 37 %, mais elle s'élève à 60 % pour les amputations. En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements publics est de 28 %.

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. Ceux-ci prennent en charge 55 % des séjours chirurgicaux en 2012. La part des cliniques privées est prépondérante dans plusieurs domaines d'activité et atteint 68 % pour les interventions ophtalmologiques et 62 % pour la chirurgie ORL et stomatologique. Ces établissements se sont spécialisés dans des interventions chirurgicales peu complexes qui permettent une prise en charge ambulatoire (moins de un jour). Ils réalisent 65 % des chirurgies de la main et du poignet, 73 % des arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires, 72 % de la chirurgie de la cataracte, 68 % des amygdalectomies,

végétations et poses de drains transtympaniques et 66 % des circoncisions hospitalisées. Au final, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est de 51 %, soit une part presque deux fois plus importante que dans le secteur public.

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

En 2012, les établissements privés à but non lucratif assurent 8,5 % 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 14 % de l'activité de chirurgie gynécologique et même 31 % des traitements chirurgicaux des tumeurs malignes du sein. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale atteint 41 %.

Une répartition de l'activité stable entre les différents secteurs entre 2011 et 2012

Entre 2011 et 2012, les poids des différents secteurs sont remarquablement stables, toutes activités chirurgicales confondues. Une évolution importante concerne les appendicectomies, pour lesquelles la part du secteur public augmente de 2 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 augmente de 2 % à peine entre 2011 et 2012, cette hausse atteint, par exemple, 4 % pour la neurochirurgie et la chirurgie de la cataracte. Seul le domaine de la chirurgie ORL et stomatologique voit son nombre de séjours global baisser, en raison de la diminution des amygdalectomies.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2012 en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

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 2 500 groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chaque patient. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégorie est souvent nécessaire. La classification utilisée ici, qui regroupe les GHM en groupes d'activité, les groupes d'activité en groupes de planification et les groupes de planification en domaines d'activité, a été réalisée par l'ATIH. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie,

etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

- **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., 2013, « Hospitalisation de court séjour – Evolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Panorama des établissements de santé – édition 2013*, DREES.
- Evain F., 2011, « Evolution des parts de marché dans le court séjour

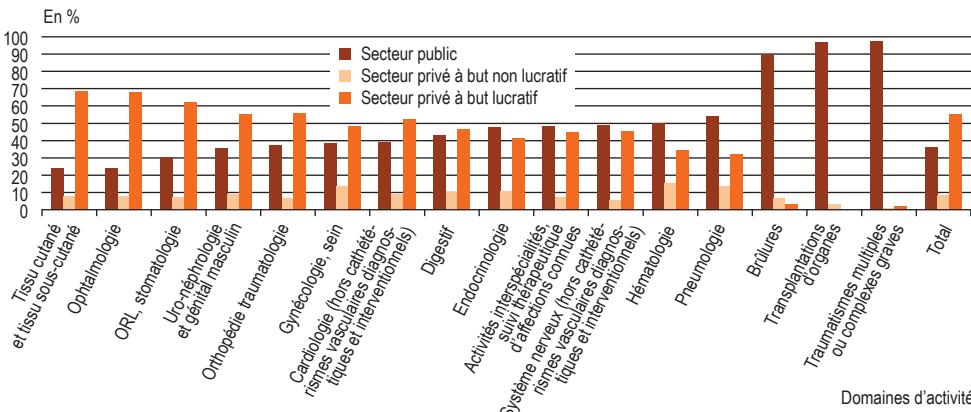
entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, n° 785, DREES, novembre.

- 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 chaque séjour réalisé.

GRAPHIQUE ● Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2012



Lecture • 24,2 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 68,4 % par le secteur privé à but lucratif et 7,9 % par le secteur privé à but non lucratif.

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

Sources • ATIH PMSI-MCO 2012, traitements DREES.

TABLEAU ● Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2012

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble de l'activité chirurgicale	5 373 000	36,4	8,5	55,2
Orthopédie traumatologie, dont :				
Chirurgie main, poignet	1 461 000	37,3	6,8	55,9
Chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur, genou)	347 000	27,7	7,2	65,2
Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	318 000	43,5	7,7	48,8
Chirurgie du membre supérieur	247 000	20,4	6,7	72,9
Amputations	120 000	57,0	4,9	38,1
Cataractes	889 000	24,2	7,5	68,3
Chirurgie ophthalmique lourde	724 000	20,5	7,5	72,0
74 000	46,0	6,9	47,1	
Digestif, dont :	723 000	43,2	10,0	46,8
Hernies	214 000	38,5	10,5	51,0
Appendicectomies	78 000	58,5	6,6	34,9
Gynécologie, sein, dont :	492 000	38,4	13,5	48,1
Chirurgie utérus/annexes	163 000	45,8	8,3	45,9
Chirurgie pour tumeurs malignes du sein	75 000	27,9	31,1	41,0
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	449 000	35,7	9,0	55,3
Chirurgie transurétrale, autres	172 000	37,4	9,7	52,8
Circoncisions	96 000	26,9	6,8	66,3
ORL, stomatologie, dont :	395 000	30,6	7,4	62,1
Amygdalectomies, végétations et drains transtympaniques	195 000	24,2	7,6	68,2
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	329 000	39,0	8,7	52,3
Système nerveux, dont :				
Chirurgie rachis/moelle	149 000	48,8	5,7	45,5
Chirurgies SNC (système nerveux central)	113 000	36,7	6,1	57,1
26 090	89,0	4,7	6,3	
Tissu cutané et tissu sous-cutané	135 000	23,8	7,9	68,4
Brûlures	3 000	90,1	6,8	3,2
Traumatismes multiples ou complexes graves	5 000	97,3	0,8	1,9
Transplantations d'organes	5 000	96,8	3,2	0,0

Note • La classification des GHM fait l'objet d'actualisations régulières. Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie et obstétrique) a également évolué et se fait dorénavant à partir des catégories d'activités de soins (CAS), basées sur le 3^e caractère du GHM. Ainsi, les regroupements fins d'activités du tableau ci-dessus ont évolué par rapport aux versions de ce tableau figurant dans les éditions antérieures du Panorama des établissements de santé. Toutefois, les données 2011 ont été rétropolées suivant cette nouvelle segmentation afin de permettre de calculer des évolutions sur un champ comparable entre 2011 et 2012.

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

Sources • ATIH PMSI-MCO 2012, traitements DREES.

La spécialisation en obstétrique

En 2012, en France métropolitaine et dans les DOM, 1,3 million de séjours ont eu lieu en obstétrique. Les accouchements représentent 62 % de ces séjours ; deux tiers d'entre eux 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 deux tiers des accouchements (tableau). Ils se concentrent davantage sur les accouchements par voie basse avec complications dont ils assurent 76 % des prises en charge. Les établissements publics accueillent également les trois quarts des affections *ante-partum*, parmi lesquelles on trouve principalement des complications de la grossesse. Ces affections représentent 17 % de l'activité obstétricale de l'ensemble des établissements. Les affections *post-partum*, quant à elles, sont prises en charge à hauteur de 82 % par les établissements publics, mais représentent à peine 1 % de l'activité obstétricale, tous établissements confondus. Les interruptions médicales de grossesse (IMG) sont à distinguer des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Les IMG sont des accouchements provoqués et prématurés qui interviennent lorsque le fœtus est atteint d'une maladie incurable ou que la grossesse met en jeu la vie de la mère. Dans 64 % des cas, elles sont réalisées dans le secteur public et 63 % d'entre elles se font en ambulatoire (moins de un jour). Les IVG sont des avortements provoqués et décidés pour raisons non médicales. La quasi-totalité d'entre elles sont réalisées en

ambulatoire (97 %), et la part du secteur public y est prépondérante puisqu'il prend en charge 81 % des IVG.

Près du quart de l'activité d'obstétrique est réalisée dans les cliniques privées

La part des accouchements pratiqués dans le secteur privé à but lucratif s'établit à 25 % en 2012. Ce secteur réalise 25 % des accouchements par voie basse sans complications, 17 % des accouchements par voie basse avec complications et 28 % des accouchements par césarienne. Les cliniques privées prennent aussi en charge 30 % des interruptions médicales de grossesse mais seulement 15 % 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 2011 et 2012, le poids des différents secteurs dans l'ensemble des activités obstétricales est relativement stable. La plus forte évolution concerne les affections du *post-partum*, qui augmentent dans le secteur public (+5 points) au détriment du secteur privé à but lucratif.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2012 en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

• **Les différents statuts juridiques** des établissements et leurs modes de

financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Pour en savoir plus

- Evain F., 2013, « Hospitalisation de court séjour – Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Panorama des établissements de santé – édition 2013*, DREES.
- 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 trente ans d'évolution », *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007*, coll. Études et Statistiques, 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 », *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 », *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 chaque séjour réalisé.

TABLEAU ● Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le groupe d'activité en 2012

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble des activités obstétricales	1 312 000	70,1	7,1	22,9
Accouchements, dont :				
Accouchements par voie basse sans complications	818 000	66,7	8,1	25,2
Accouchements par voie basse avec complications	598 000	66,4	8,3	25,4
Accouchements par césarienne	54 000	76,4	6,8	16,8
	166 000	64,5	8,0	27,5
Affections ante-partum	221 000	74,8	5,6	19,6
Affections post-partum	11 000	82,2	5,2	12,6
Interruptions médicales de grossesse*	75 000	63,7	6,6	29,7
Interruptions volontaires de grossesse	187 000	81,1	4,4	14,5

* Avant 22 semaines d'aménorrhée

Note • L'ATIH fait régulièrement évoluer la classification des groupes homogènes de malades (GHM) en vue de l'adapter au mieux à la tarification à l'activité. Ici, les regroupements sont issus de la version v11d des GHM, où la CMD n°14 (catégorie majeure de diagnostic relative aux grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum) a été particulièrement révisée. Ainsi, les versions de ce tableau figurant dans les éditions antérieures du Panorama des établissements de santé, basées sur des classifications antérieures (version 11c des codes GHM pour l'édition 2013), ne sont pas forcément directement comparables au tableau de cette présente édition. Notamment, la liste des CMA (comorbidité associée) sur laquelle est basée la distinction entre « accouchements par voie basse avec et sans complication » a été revue.

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

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2012, traitements 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 en France métropolitaine et dans les 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, 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 2012, 2 800 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 aussi 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 2012, on dénombre par site quatre salles en moyenne destinées aux actes sous anesthésie, dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés de France métropolitaine et des DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) : 11 200 salles sont regroupées dans 2 800 sites anesthésiques (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 1 800 pour 13 600 postes de réveil, soit plus de sept postes par salle en moyenne. Cinq sites anesthésiques sur dix se situent dans des établissements publics, quatre dans des cliniques privées et le dernier dans des établissements privés à but non lucratif.

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

• **Les différents statuts juridiques** des établissements et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Les établissements de santé : 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'affection se fait en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la

date d'entrée et la date 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 constitue un site).

• **Endoscope** : elle consiste à introduire une caméra (ou endoscope)

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

Les salles d'intervention chirurgicale représentent 73 % des salles destinées aux actes sous anesthésie ; on en compte 8 200 en 2012 dans l'ensemble des établissements de santé (tableau 2). Moins de la moitié d'entre elles sont situées dans les cliniques privées alors que ces dernières enregistrent 55 % des séjours chirurgicaux. Les cliniques privées pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics. Une situation qui peut s'expliquer par des facteurs comme la part d'activité de la chirurgie ambulatoire, qui suppose une hospitalisation de moins d'un jour et recouvre des actes quasi exclusivement programmés. Tandis que les cliniques privées réalisent 67 % de la chirurgie ambulatoire (notamment chirurgie de la cataracte, arthroscopie, chirurgie des varices, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie ») avec des temps de réalisation plus longs. Ces derniers disposent également plus souvent de structures d'urgences et de salles chirurgicales dédiées à l'urgence (ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7). Cette disponibilité nécessaire explique aussi des horaires d'ouverture plus larges dans les établissements publics comparés aux établissements privés et une activité chirurgicale nocturne plus fréquente : celle-ci concerne plus de six établissements publics sur dix et trois établissements privés à but lucratif sur dix.

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). Sur les données 2012, comme sur les données 2011, des redressements ont été effectués pour corriger la non-réponse totale ou partielle de certains établissements. Les valeurs 2012 ne sont pas directement comparables à celles des éditions antérieures à 2012.

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

TABLEAU 1 ● L'activité d'anesthésie en 2012

	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	535	921	248	1 066	2 770
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie	2 238	3 341	1 010	4 608	11 197
Nombre de salles de surveillance post-interventionnelle	363	475	171	766	1 775
Nombre de postes de réveil	2 423	3 395	1 279	6 480	13 577

Note • Résultats issus du redressement de la non-réponse.

Champ • France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte) y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2012, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Les plateaux techniques de chirurgie en 2012

	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*	102	356	102	497	1 057
Nombre de salles d'intervention chirurgicale*	1 605	2 082	727	3 807	8 221
Nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire	68	60	61	59	60
Nombre de séjours chirurgicaux (source PMSI-MCO)**	845 468	1 107 724	453 950	2 965 419	5 372 561
Nombre d'établissements géographiques ayant déclaré une activité chirurgicale de nuit	57	240	43	147	487

* Résultats issus du redressement de la non-réponse.

** La diminution du nombre de séjours chirurgicaux par rapport aux années antérieures provient d'une modification de la classification intervenue en 2012.

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 comptabilisées.

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

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2012, traitement DREES, pour le nombre de séjours ; DREES, SAE 2012, 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 élevés. Après s'être progressivement réduits, ils semblent s'être stabilisés ces dernières années.

Une concentration plus importante des équipements

En 2012, 2 900 salles de radiologie numérisée sont disponibles dans 778 établissements de santé publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Il existe également 380 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. 517 établissements déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 651 appareils situés pour 87 % dans le secteur public (dont 25 % en CHR) et pour 3 % dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). 332 établissements possèdent au moins une IRM, soit 410 appareils, situés pour 86 % dans le public (dont un tiers en CHR et la moitié en centre hospitalier) et pour 4 % en CLCC. Enfin, 121 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 288 gamma-caméras, situées pour moitié en CHR. Toutefois, ce nombre est sans doute sous-estimé en raison de non-réponses. Par ailleurs, d'autres établissements peuvent accéder à ce matériel dans le cadre de conventions de co-utilisation, le partage des équipements lourds étant encouragé. Dans les cliniques privées, il existe aussi des équipements d'imagerie, notamment au moins 215 scanners et 128 IRM déclarés dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Là encore, ces chiffres constituent vraisemblablement un minorant. En effet, la gestion de propriété est 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 (ARHGOS).

Des délais d'attente encore importants pour certains équipements

En 2012, le délai d'attente moyen avant de bénéficier d'un examen de scanner est de 11 jours pour un patient en consultation externe et de 3,7 jours pour un patient hospitalisé. Après avoir progressivement baissé ces dernières années, ces délais évoluent peu en 2012 et diminuent davantage pour les patients externes (-0,9 jour). Ces délais peuvent varier selon les entités considérées. Ils sont notamment 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 (6,1 jours), mais sont équivalents pour un patient externe. La durée moyenne d'ouverture par semaine est pourtant plus importante dans les CHR : 82 heures par semaine contre 61 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'exams plus important et peut-être des durées d'examens plus longues. Cependant, 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 nettement plus courts pour un patient hospitalisé (1,2 jour), mais beaucoup plus longs en consultation externe (23 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 : 27 jours en consultation externe et 9 jours lors d'une hospitalisation. En 2012, ces délais augmentent légèrement pour les patients hospitalisés (+0,7 jour) et se maintiennent 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 Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Les cabinets de radiologie sont hors champ sauf s'ils sont implantés au sein des cliniques privées, auquel cas ils sont normalement recensés dans la Statistique annuelle des établissements (SAE). En raison d'une sous-déclaration importante concernant ces établissements, ils ont été exclus du champ de cette fiche.

Définitions

- **Radiologie** : technique basée sur l'utilisation des rayons X.
- **Radiologie numérisée** : elle représente 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 aussi réalisées 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'épaisseurs variables.

• **Imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM)** : elle utilise les propriétés électromagnétiques du corps humain. Elle met en évidence, sous forme d'images, les contrastes entre différents tissus tels que l'os, les muscles ou les tendons.

- **Caméra à scintillation ou gammacaméra** : elle est utilisée en médecine nucléaire pour la détection de radio-éléments qui permettent d'établir certains diagnostics (isotopes radioactifs de certains élé-

ments naturels, iodé, technétium, fluor, etc.).

- **Tomographe à émission de positrons (TEP) ou caméra à positons** : ces équipements sont basés sur le même principe que la gamma-caméra. Ils constituent une évolution technologique de cette dernière 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 des établissements publics et privés à but non lucratif en 2012

Type d'équipements	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	517	651	11	3,7	61
IRM	332	410	27	8,9	58
Caméras à scintillation	121	288	7	4,1	53
Tomographes à émission/caméras à positons	72	83			
Salles de radiologie numérisée	778	2 944			
Salles de radiologie vasculaire, dont :	189	380			
<i>salles de coronarographie</i>	118	164			

Note • Les délais d'attente moyens sont pondérés par le nombre total d'exams.

Champ • France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), y compris SSA, établissements publics et privés à but non lucratif.

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

5

Les « autres » disciplines hospitalières

- L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé
- Les patients suivis 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 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit et les 1 900 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. Toujours, d'autres types d'alternatives à l'hospitalisation ont aussi été plus ou moins développés.

Une offre majoritairement publique et spécialisée

En 2012, sur 577 établissements de santé 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 monodisciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline ; c'est le cas de la quasi-totalité des établissements privés à but lucratif ayant une activité de psychiatrie. En revanche, les établissements pluridisciplinaires sont 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, 76 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme, notamment dans les 3 450 centres médico-psychologiques (CMP) et unités de consultation (tableau). Les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux que les CMP. Ainsi, près de 17 % 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 29 000 pour 5,1 millions de venues en 2012. À ces formes d'hospitalisation partielle, il convient d'ajouter les 1,9 million de venues dans les 1 900 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou ateliers thérapeutiques. La psychia-

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie au 31 décembre 2012 en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte) et 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 des établissements*. En effet, les concepts de la Statistique annuelle des établissements 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 privés sur plusieurs départements ; à l'entité géographique pour les établissements privés ayant une activité de psychiatrie sur un seul site.

trie 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 75 % des capacités d'accueil (en lits et en places) en psychiatrie infanto-juvénile contre 24 % en psychiatrie générale. L'hospitalisation de jour est la forme d'activité, hors ambulatoire, la plus importante en nombre de journées réalisées en psychiatrie infanto-juvénile (59 % des journées y compris les séjours thérapeutiques), alors qu'elle ne représente que 14 % 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 baisse a toutefois ralenti ces dernières années et le nombre de lits installés s'établit à environ 58 000 en 2012 pour près de 18,8 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 2012, les établissements de santé déclarent disposer de 7 400 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 en places à temps complet et en places d'hôpital de jour et de nuit est de 144 pour 100 000 habitants en 2012. Elle est à compléter par 2,9 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 en France métropolitaine de 347 journées pour 1 000 habitants dans les Pays de la Loire à 647 en Auvergne (carte).

• Coldefy M. (coord.), 2007, *La prise en charge de la santé mentale – Recueil d'études statistiques*, coll. Études et Statistiques, 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 associés (lits, places, équipements, personnel).

TABLEAU ● Capacités et activité en psychiatrie en 2012

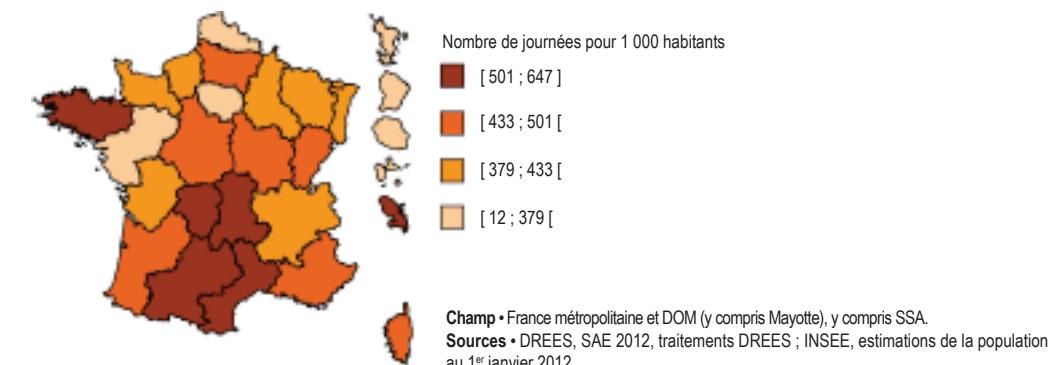
	Psychiatrie générale				Psychiatrie infanto-juvénile			
	Établissements publics	Établissements privés		Total	Établissements publics	Établissements privés		Total
		à but non lucratif	à but lucratif			à but non lucratif	à but lucratif	
Prises en charge à temps complet								
Hospitalisation à temps plein								
Nombre de lits	36 000	7 010	12 700	55 790	1 600	380	170	2 160
Nombre de journées	11 676 800	2 229 100	4 408 900	18 314 900	331 100	81 860	41 000	454 000
Placement familial thérapeutique								
Nombre de places	2 590	170	-	2 760	700	70	-	770
Nombre de journées	708 800	47 840	-	756 670	132 900	10 970	-	143 850
Accueil en centre de postcure								
Nombre de lits	590	620	310	1 520	-	-	-	-
Nombre de journées	155 600	159 800	100 300	415 700	-	-	-	-
Accueil en appartement thérapeutique								
Nombre de places	850	190	10	1 050	-	-	-	-
Nombre de journées	210 400	44 490	3120	258 000	-	-	-	-
Hospitalisation à domicile								
Nombre de places	580	50	-	630	230	30	-	260
Nombre de journées	148 160	10 320	-	158 480	17 460	106	-	17 570
Accueil en centre de crise								
Nombre de places	310	7	8	325	40	20	.	60
Nombre de journées	72 700	1 650	2 160	76 500	10 570	5 670	.	16 250
Prises en charge à temps partiel								
Hôpital de jour								
Nombre de places	13 680	3 210	970	17 860	7 650	1 690	76	9 420
Nombre de journées	2 552 200	622 300	278 900	3 453 380	1 128 900	315 200	14500	1 458 600
Hôpital de nuit								
Nombre de places	1 010	240	80	1 340	80	30	.	110
Nombre de journées	110 800	53 880	14260	178 980	5 310	3 960	.	9 280
CATTP et ateliers thérapeutiques								
Nombre de structures	1 100	130	.	1 240	630	60	.	690
Nombre de journées	1 330 500	199 600	.	1 530 100	350 900	21 540	.	372 500
Prises en charge en ambulatoire								
Nombre de structures de type CMP	1 780	210	.	1 990	1 250	200	.	1 450
Nombre d'actes réalisés en CMP ou à l'extérieur	10 952 900	1 406 000	-	12 358 900	4 437 400	622 000	.	5 059 400

Note : les nombres concernant les capacités et l'activité sont arrondis

Champ : France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), y compris SSA

Sources : DBEES SAE 2012 traitements DBEES

CARTE ● Nombre de journées de prise en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie pour 1 000 habitants



Les patients suivis en psychiatrie

En 2012, 1,9 million de patients ont été suivis en ambulatoire et 433 000 en hospitalisation dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie. Ces données proviennent du recueil d'information médicalisé en psychiatrie. Les patients suivis en ambulatoire ont bénéficié de 9,6 actes en moyenne et les patients suivis en hospitalisation complète ou partielle ont eu une durée moyenne d'hospitalisation de 56 jours au cours de l'année. L'analyse montre l'existence de populations aux besoins distincts selon leur âge et confirme l'existence de disparités régionales.

Un suivi en ambulatoire pour la majorité des patients

Sur l'ensemble des patients, adultes et enfants, soignés au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie, la majorité bénéficie d'une prise en charge ambulatoire. En 2012, en moyenne 3 patients pour 100 habitants ont eu recours à cette nature de prise en charge alors que les hospitalisations n'ont concerné que 0,7 patient pour 100 habitants. Les trois quarts des patients suivis en ambulatoire sont âgés de plus de 20 ans, et la moitié sont des hommes (tableau).

L'activité ambulatoire, exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif, représente 18 millions d'actes en 2012. 19 % de ces actes sont consacrés à des patients ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou troubles apparentés (code diagnostic CIM-10 F2). Viennent ensuite les troubles de l'humeur (code F3) à l'origine de 15 % des actes. Toutefois, d'autres pathologies, comme la dépression, représentent un nombre important de patients pris en charge. Plus de 80 % des actes réalisés lors de prises en charge en ambulatoire sont des entretiens. En 2012, un tiers de l'activité est réalisée par des infirmiers, un quart par un médecin et un peu moins d'un cinquième par des psychologues. Globalement, deux tiers des actes sont réalisés dans les centres médico-psychologiques (CMP) et près d'un dixième au domicile du patient.

Les données d'activité ambulatoire montrent une hétérogénéité régionale avec une médiane de 9,5 actes par patient ; en Métropole, le maximum est de 13 actes par patient en Corse et le minimum de 7,7 dans le Limousin (carte 1).

La schizophrénie et les troubles de l'humeur représentent une partie importante de l'activité à temps complet ou partiel

Parmi les 433 000 patients pris en charge à temps complet ou partiel (voir définition) en psychiatrie en 2012, 340 000 l'ont été à temps complet pour un total de 19,1 millions de journées réalisées pour plus de 90 % en hospitalisation à temps plein. L'âge moyen des patients pris en charge à temps complet est de 46,6 ans (44 ans pour les hommes et 49,1 ans pour les femmes) et 51,3 % sont des hommes (graphique). Plus des deux tiers des séjours concernent des patients provenant de

Champ

Patients pris en charge dans les établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité en psychiatrie en France métropolitaine, dans les DOM (hors Mayotte et Guyane), et dans le service de santé des armées (SSA), tous âges confondus.

Définitions

- **Nature des prises en charge** : le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) distingue trois natures de prise en charge :
 - ambulatoires : consultations en centres médico-psychologiques, visites à domicile, en foyer de l'enfance

pour les enfants ou en maison de retraite pour les personnes âgées, psychiatrie de liaison en hospitalisation somatique, en milieu scolaire, etc.

- à temps complet : hospitalisation à temps plein, hospitalisation à domicile, séjour thérapeutique, placement familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de crise, centre de post-cure.

- à temps partiel : hospitalisation de jour, de nuit, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel pour les enfants et l'atelier thérapeutique. En psychiatrie, un séjour d'hospitalisation partielle peut comporter plusieurs journées par semaine et peut durer plusieurs semaines.

leur domicile et un sur dix commence par un passage aux urgences. Leur durée moyenne de séjour est de 37 jours. Plus de 80 % des séjours hospitaliers à temps complet se terminent par un retour au domicile, 5,3 % par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique et 2,5 % par un accueil dans une structure médico-sociale. On retrouve les troubles de type schizophrénie et troubles de l'humeur parmi les motifs de recours les plus fréquents en nombre de journées, en raison de durées de séjour élevées, avec respectivement un tiers et un quart des journées de prises en charge à temps complet.

Des prises en charge spécifiques en psychiatrie infanto-juvénile

Le taux de recours des enfants et adolescents est comparable à celui des patients adultes (3 patients pour 100 habitants âgés de moins de 20 ans). En 2012, les établissements ont pris en charge 57 500 enfants et adolescents en hospitalisation partielle ou complète et 487 000 en ambulatoire, solution favorisée pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial. Les patients âgés de moins de 20 ans ont bénéficié de plus de 4,5 millions d'actes en ambulatoire, réalisés en CMP dans plus de 80 % des cas. Les intervenants sont surtout des psychologues (qui réalisent 27 % des actes), des médecins psychiatres ou pédopsychiatres (20 % des actes) et enfin du personnel de rééducation (orthophonistes, psychomotriciens, 19 % des actes). Deux tiers de ces actes sont réalisés sur des garçons, dont une majorité concerne les 5-12 ans. 29 % des actes en ambulatoire sont consacrés aux enfants souffrant de troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (code F9), et 23 % à ceux atteints de troubles du développement psychologique (code F8). En cas d'hospitalisation, les enfants et adolescents sont préférentiellement pris en charge en hospitalisation à temps partiel ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATT) plutôt qu'à temps complet, contrairement aux adultes. En termes d'activité, le nombre d'équivalent-journées en temps partiel représente en effet 80 % de l'activité d'hospitalisation chez les enfants et adolescents alors qu'il est de moins de 20 % chez les patients adultes.

- **Durée moyenne de séjour** : somme des durées de séjours rapportée au nombre de séjours. Sont pris en compte les séjours terminés pendant l'année en cours.

- **Durée moyenne d'hospitalisation** : nombre de journées d'hospitalisation rapporté au nombre de patients hospitalisés.

- **Motif de recours principal** : diagnostic ayant mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant une séquence de soins. Celui-ci peut évoluer durant un séjour.

Pour en savoir plus

- Coldefy M., Nestriugue C., Or Z., « Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie », Document de travail, Série Sources et Méthodes, n° 38, DREES, novembre 2012.

sion dans les établissements de santé », *Étude et Résultats*, n° 860, DREES, décembre.

- Coldefy M., Nestriugue C., Or Z., « Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie », Document de travail, Série Sources et Méthodes, n° 38, DREES, novembre 2012.

Sources

Le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P), mis en place en 2007, permet une description fine de la patientèle bénéficiant de soins au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

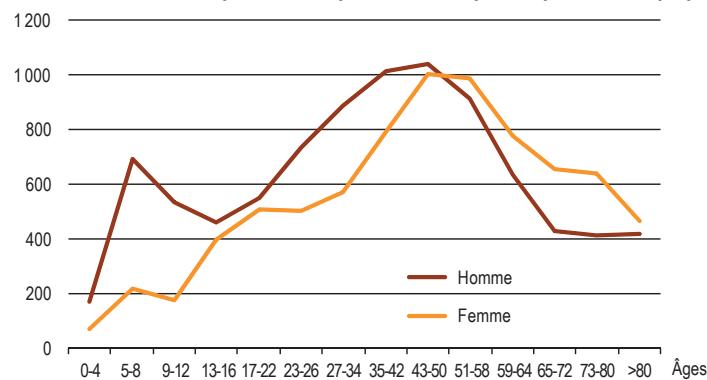
TABLEAU ● Caractéristiques des patients suivis en établissement psychiatrique

	Patients âgés de moins de 20 ans	Patients tous âges confondus
Ambulatoire		
Nombre de patients	487 000	1,9 million
Proportion d'hommes	60 %	50 %
Actes réalisés en centres médico-psychologiques rapportés au total des actes ambulatoires	80 %	60 %
Diagnostics de recours principaux (en nombre d'actes)	Troubles du développement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, troubles du développement psychologique	Schizophrénie, troubles de l'humeur
Hospitalisation		
Nombre de patients	57 500	433 000
Nombre de journées d'hospitalisation partielle rapporté au nombre total de journées d'hospitalisation complète et partielle	80 %	20 %
Diagnostics de recours principaux (en nombre d'actes)	Troubles du développement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, troubles du développement psychologique	Schizophrénie, troubles de l'humeur

Champ • France métropolitaine, DOM (hors Mayotte et Guyane), y compris SSA.

Sources • ATIH, RIM-P 2012, traitement DREES.

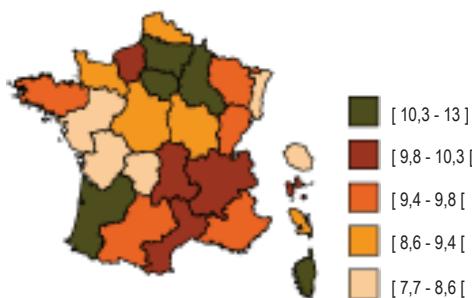
GRAPHIQUE ● Nombre de patients hospitalisés à temps complet et à temps partiel pour 100 000 habitants



Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte et Guyane), y compris SSA.

Sources • ATIH, RIM-P 2012, traitement DREES.

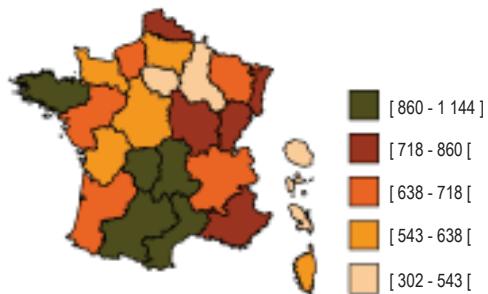
CARTE 1 ● Nombre moyen d'actes ambulatoires par patient en psychiatrie



Champ • France métropolitaine, DOM (hors Mayotte et Guyane), y compris SSA.

Sources • ATIH, RIM-P 2012, traitement DREES.

CARTE 2 ● Nombre de patients pris en charge en psychiatrie à temps complet ou partiel pour 100 000 habitants



Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte et Guyane), y compris SSA.

Sources • ATIH, RIM-P 2012, traitement DREES ; INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2012.

Les structures d'hospitalisation à domicile

En 2012, 327 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ont offert 13 800 places et réalisé plus de 4,7 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 réalise près d'un tiers des séjours d'HAD.

Grâce aux progrès technologiques, l'hospitalisation à domicile (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 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 2012, 327 structures offrent 13 782 places en France métropolitaine et dans les DOM (tableau 1). Avec 55 entités, le secteur privé à but lucratif est celui où l'HAD est la moins répandue. En 2012, les structures d'HAD dépendent pour 43,7 % du secteur public et pour 39,4 % du secteur privé à but non lucratif. Dans le secteur public, 128 structures appartiennent à des centres hospitaliers (CH) et 15 à des centres hospitaliers régionaux (CHR). Plus de quatre structures sur cinq du secteur privé à but non lucratif sont spécialisées dans cette forme d'hospitalisation et relèvent du domaine associatif : elles offrent la moitié des places d'HAD en 2012.

Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire

En 2012, sur les 13 782 places d'HAD installées en France métropolitaine et dans les DOM, plus de 2 500 sont concentrées en Île-de-France, soit 19 % 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 2012 ; elles réalisent ainsi un peu moins des trois quarts des séjours de la région Île-de-France. La densité moyenne nationale est de 20,5 places pour 100 000 habitants : la Lorraine,

Champ

Établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine et dans les DOM (hors Mayotte), hors le service de santé des armées (SSA), ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2012.

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 d'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.

l'Alsace sont sous-dotées avec 12,9 et 13,9 places (carte). À l'inverse, le Limousin, la Basse-Normandie et la Corse sont les régions qui comptent le plus de places (respectivement 29,5, 30,7 et 34,7), suivies de près par l'Aquitaine, la Champagne-Ardenne, la Picardie et l'Île-de-France. Les DOM, en particulier la Guadeloupe et la Guyane, ont des densités plus de trois fois supérieures à la densité nationale (respectivement 76,7 et 59,3). Aujourd'hui, l'HAD en Guyane comble les déficits en offre de soins en étant présente là où les professionnels de santé manquent, proposant ainsi un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas ; en Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des places en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) observée entre 2000 et 2011.

L'activité des structures d'HAD

Le secteur public prend en charge 34 % des 166 836 séjours en HAD et le secteur privé à but non lucratif 55,6 %. La prédominance du secteur privé à but non lucratif est encore plus marquée si l'on mesure l'activité en journées : 60 % 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, 76 % des séjours sont mono-séquences de soins (tableau 2), cette part s'élève à 81 % dans le public contre 76 % 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 plus répandus. Ils concentrent 56,2 % 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 aux soins techniques de cancérologie et à la périnatalité qui, réunis, représentent près de 32 % des séjours du secteur. Les prises en charge liées à la périnatalité sont, quant à elles, plus répandues dans le secteur public : elles représentent un peu moins d'un tiers des séjours du secteur.

• **Périmètre de l'HAD** : elle concerne les soins de médecine, d'obstétrique et les soins de suite et de réadaptation. L'activité en HAD est bien distincte de celle des soins infirmiers à domicile et des soins de dialyse à domicile.

• **Le séjour en HAD** : le séjour d'un patient en HAD est la période comprise entre le jour de l'admission et le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante.

• **L'unité séjour** : il s'agit ici de la notion de séjour-patient ; plusieurs séjours effectués par un même patient sont autant de séjours différents.

• **La séquence de soins** : elle correspond à une période du séjour du patient en HAD durant laquelle celui-ci présente une situation clinique précise, définie par la combinaison de trois critères médicaux que sont le mode de prise en charge principal,

un mode associé (éventuel) et le niveau de dépendance. Un séjour peut être constitué d'une seule séquence de soins (séjour monoséquence) ou de plusieurs séquences successives (séjour multiséquences) dès lors que la situation clinique du patient varie au cours d'un même séjour.

Pour en savoir plus

- Valdelièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L., 2009, « Les structures d'hospitalisation à domicile », *Études et Résultats*, n° 700, DREES, juillet.
- Afrite A., Com-Ruelle L., Chaleix M., Valdelièvre H., 2009, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients », *Questions d'économie de la santé*, n° 140, IRDES, mars.

Sources

Voir la fiche « Les patients hospitalisés à domicile ».

TABLEAU 1 ● Capacités et activité des structures d'HAD selon leur statut juridique en 2012

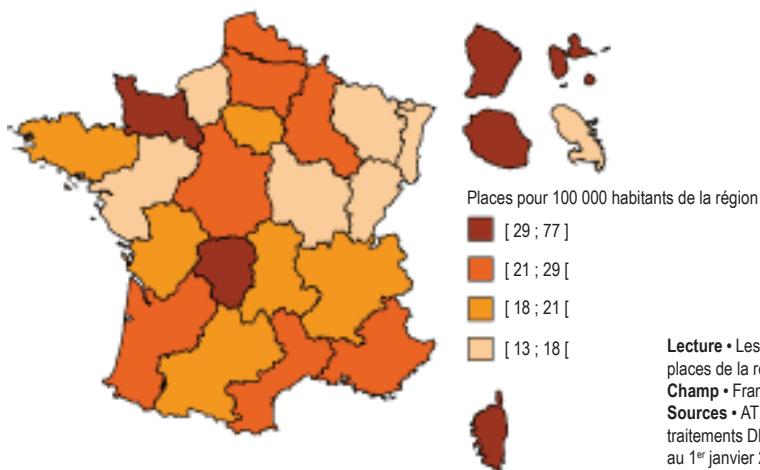
Statut juridique des structures	Nombre de structures	Places installées	Activité en journées
Secteur public	143	4 000	1 245 833
Centre hospitalier régional	15	1 334	440 218
Centre hospitalier (et autres)	128	2 666	805 615
Secteur privé à but non lucratif	129	7 770	2 855 956
Centre de lutte contre le cancer	3	196	76 676
Structure associative de HAD	107	6 883	2 545 724
Autres	19	691	233 556
Secteur privé à but lucratif	55	2 012	624 414
Ensemble	327	13 782	4 726 203

Note • L'activité est celle des disciplines de médecine, d'obstétrique et de soins de suite et de 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 Mayotte), hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2012, SAE 2012, traitements DREES.

CARTE ● Densité de places HAD par région, en 2012



Lecture • Les densités sont calculées en rapportant les places de la région pour 100 000 habitants de la région.

Champ • France entière.

Sources • ATIH PMSI-HAD 2012, SAE 2012, traitements DREES ; INSEE, estimations de population au 1^{er} janvier 2012.

TABLEAU 2 ● Répartition des séjours selon le statut juridique des structures d'HAD

Statut juridique des structures	Activité en nombre de séjours	Part des séjours monoséquences (en %)	Durée moyenne des séjours monoséquences (en journée)
Secteur public	57 294	81	14
Centre hospitalier régional	24 317	87	13
Centre hospitalier (et autres)	32 977	77	15
Secteur privé à but non lucratif	92 839	76	21
Centre de lutte contre le cancer	4 190	68	7
Structure associative de HAD	80 856	76	22
Autres	7 793	79	16
Secteur privé à but lucratif	16 703	61	23
Ensemble	166 836	76	18

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2012, SAE 2012, traitements DREES.

Les patients hospitalisés à domicile

En 2012, près de cinq 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 séjours en HAD. Les patients pris en charge sont de tous âges et plus de sept 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 2012, les enfants de 15 ans ou moins concentrent 7,1 % des séjours (graphique 1), dont 4,5 % 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 ou plus totalisent 43,7 % des séjours et les seules personnes de 80 ans ou plus 18,4 %. Chez les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (84,5 % des séjours) ; pour cette tranche d'âges, les soins palliatifs représentent plus d'un séjour sur quatre. Plus d'une femme sur trois hospitalisée à domicile a entre 25 et 39 ans. Dans cette tranche d'âges, les femmes représentent 90,6 % 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 : 53,2 ans contre 63,9 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 (64,6 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 la fiche « Les structures d'hospitalisation à domicile »). Les protocoles de soins sont, en effet, adaptés régulièrement au cours du séjour selon 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 important, soit le premier motif d'HAD du point de vue des traitements prescrits. Elle rassemble, en effet, 21,3 % des séjours effectués (tableau) : 11,5 % concernent des post-partum et 5,8 % la surveillance des grossesses à risque et la prise en charge de nouveau-nés. En périnatalité, la prise en charge psychologique ou sociale constitue le mode de prise en charge associé dans un cas sur deux. Plus de 15 % des séjours concernent des soins de cancérologie, majoritairement

des soins de chimiothérapie anticancéreuse (9 %). Les soins palliatifs concentrent, quant à eux, 19,4 % des séjours. Les autres groupes de modes de prise en charge principaux sont moins fréquents, voire rares. Les soins périnatifs 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 (61,4 %).

Plus de deux patients sur trois 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 2012, un tiers des admissions en HAD concernent des patients complètement autonomes. À l'opposé, 17,8 % de patients admis en HAD sont complètement dépendants. L'autonomie relationnelle est mieux préservée que l'autonomie physique (avec respectivement 60,4 % et 32,6 % 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, en retardant ou en évitant totalement une hospitalisation complète. Ainsi, sur le champ des séjours d'HAD commencés et terminés en 2012, trois patients sur dix provenaient de leur domicile (graphique 2). L'HAD a permis d'éviter totalement une hospitalisation en établissement de santé pour un patient sur cinq, puisque 20,6 % demeurent chez eux en fin de séjour ; pour 6,3 % 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 : 39,1 % des patients écourtent une hospitalisation complète en restant à domicile. Mais ce n'est pas le cas pour un patient sur quatre (25,1 %) pour lequel une (ré) hospitalisation est nécessaire.

Champ

Établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine et dans les DOM (hors Mayotte) ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2012 et hors le service de santé des armées (SSA). Les caractéristiques individuelles et médicales des patients sont celles présentées lors de leur admission en HAD.

Définitions

- **Structure d'HAD et périmètre de l'HAD :** voir la fiche « Les structures d'HAD ».
- **Le mode de prise en charge :** il est appliqué au 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 : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. La dépendance

physique est mesurée par les scores des quatre 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 :

totallement autonome (score AVQ de 6), faiblement dépendant (de 7 à 12), moyennement dépendant (de 13 à 18), fortement ou complètement dépendant (de 19 à 24).

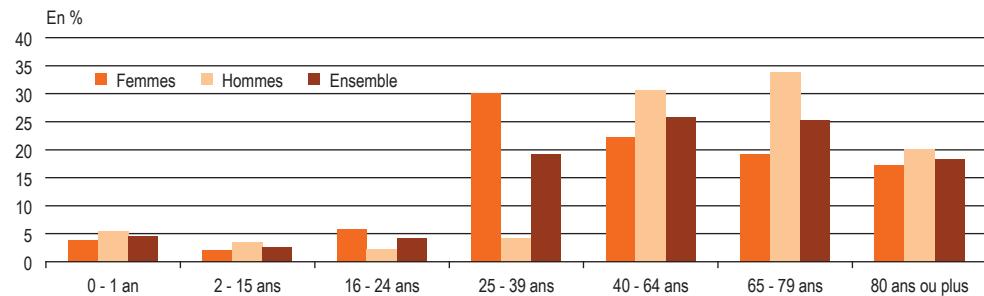
Pour en savoir plus

- Valdelièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L., 2009, « Les structures d'hospitalisation à domicile », *Études et Résultats*, n° 700, 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 d'hospitalisation à domicile des établissements de santé depuis 2005.

GRAPHIQUE 1 ● Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile



Note • Les âges sont ceux observés à l'admission.

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2012, traitements DREES.

TABLEAU ● Répartition des séjours et des journées correspondantes classés selon les modes de prise en charge principaux regroupés prescrits à l'admission

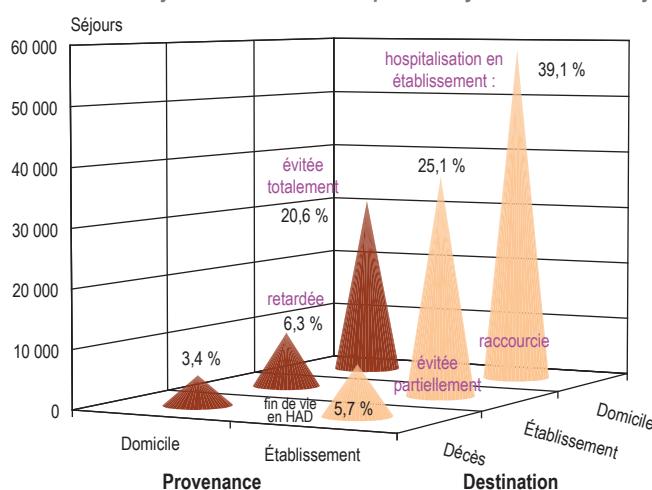
Modes de prise en charge principaux regroupés* prescrits à l'admission	Séjours		Journées		Durée moyenne des séjours	Durée moyenne des séjours mono-séquences
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage		
Périnatalité	35 453	21,3	298 049	6,3	8,4	7,8
Soins palliatifs	32 397	19,4	1 161 651	24,6	39,5	25,8
Soins techniques de cancérologie	25 986	15,6	232 122	4,9	9,4	5,9
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	20 210	12,1	1 077 574	22,8	58,3	43,2
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	13 329	8,0	664 051	14,1	56,9	37,8
Soins de nursing lourds	7 119	4,3	430 562	9,1	72,5	48,8
TraITEMENT intraveineux	13 867	8,3	266 555	5,6	19,7	12,4
Post-traitement chirurgical	6 391	3,8	170 518	3,6	27,0	15,2
Autres motifs	7 238	4,3	210 834	4,5	32,3	15,6
Rééducation-réadaptation-éducation	4 814	2,9	209 384	4,4	39,3	24,3
Non renseigné	32	0,0	4 903	0,1	19,0	19,6
Ensemble	166 836	100,0	4 726 203	100,0	30,9	18,8

* 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 Mayotte, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2012, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2012



Lecture • 30,3 % des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2012 provenaient de leur domicile ; l'hospitalisation en établissement leur a été totalement évitée pour 20,6 %. 69,8 % provenaient d'un établissement de santé : leur hospitalisation en établissement a été raccourcie pour 9,1 %. 9,1 % des séjours en HAD se terminent par un décès.

Champ • Les 148 891 séjours HAD terminés en 2012 en France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2012, traitements DREES.

Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

En 2012, quelque 1 793 établissements déclarent une activité en soins de suite et de réadaptation et réalisent plus de 37 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. Il compte aussi près de 40 % des 111 000 lits et places dénombrés. Les capacités sont plus importantes en Île-de-France, et surtout dans l'ensemble du Sud-Est, où les établissements du secteur privé à but lucratif sont, de plus, mieux implantés que dans les autres régions.

L'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 793 établissements pour la France métropolitaine et les DOM. Près d'un sur deux relève du secteur public (49,1 %), la moitié restante se partageant quasiment à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et non lucratif (tableau 1). Le secteur public propose 39,2 % des lits et places dédiés aux SSR, le secteur privé à but non lucratif 30,3 % et le secteur privé à but lucratif 30,5 %.

Le sud-est de la France est mieux doté

Rapportées au nombre de personnes âgées de plus de 50 ans, les densités sont les plus élevées en Provence – Alpes – Côte d'Azur [PACA] (613 lits et places pour 100 000 personnes de plus de 50 ans), ainsi qu'en Guadeloupe, en Île-de-France et en Languedoc-Roussillon (548, 541 et 527 respectivement) [carte]. À l'opposé, les régions Champagne-Ardenne (296), Martinique (356), Poitou-Charentes (360) et Limousin (387) sont les moins dotées.

Un personnel non médical majoritairement soignant

Les établissements de SSR disposent en moyenne de 0,57 personnel soignant par lit, dont 0,25 pour le personnel infirmier. 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 rééducation est de 0,16 personne par lit ou par place, et varie peu selon le statut juridique de l'établissement (de 0,12 pour les structures du secteur privé lucratif à 0,18 pour le privé à but non lucratif).

Près de 40 % de l'activité en SSR est prise en charge par le secteur public

Le secteur public réalise plus de 14 millions de journées en hospitalisation complète et partielle, soit 40 % de l'activité

Champ

France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, hors établissements de service de santé des armées (SSA).

Définitions

- **Etablissement** : 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 à travers des prises en charge de différents types : polyvalentes, spécialisées dans la prise en charge des conséquences fonctionnelles de certaines affections (comme appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires, etc.) ou liées au grand âge (personnes âgées à polyopathologies, 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 total des journées.
- **Part des capacités à temps partiel** : nombre de places d'hospitalisation partielle rapporté au total des lits et places.
- **Densités de capacités en SSR** : la densité rapporte les capacités d'une région en nombre de lits et de places en SSR pour 100 000 personnes de 50 ans ou plus de cette région.
- **Personnel soignant** : il comprend les infirmiers(ères) et les aides-soignant(e)s.
- **Personnel de rééducation** : il comprend les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les psychologues, les diététiciens, le personnel éducatif, etc.
- **Ratios par catégorie de personnel** : ils correspondent aux moyennes des ratios (personnel rapporté au nombre de lits et de places par établissement).
- **Taux de fuite** : proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région.
- **Taux d'entrée** : 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 par âge de la France entière (méthode de standardisation directe) pour une comparaison à structure identique.

Pour en savoir plus

total de 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, avec un quart des séjours concernés.

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 (-11,6), la Franche-Comté (-10,4) et la Guyane (-51,5) [tableau 2]. À l'inverse, la région PACA et le 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 montrent que la Guadeloupe, le Limousin, l'Alsace et la Lorraine sont les régions pour lesquelles les taux d'hospitalisation sont les plus élevés. À l'opposé, la Guyane, la Champagne-Ardenne 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 soldé entre le taux de fuite et le taux d'entrée est parmi les plus élevés (-16,1), alors que sa densité d'équipement (458) est plutôt moyenne. Cela s'explique par le caractère très spécialisé des établissements de SSR qui accueillent des populations bien spécifiques (pour des troubles nutritionnels notamment).

- Coquelet F., Valdelièvre H., 2013, « Les enfants en soins de suite et de réadaptation en 2010 », *Etudes et Résultats*, n° 861, DREES, décembre.
- Coquelet F., Valdelièvre H., 2011, « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et 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 et les facteurs de production associés (lits, personnel, équipements, etc.). Le PMSI-SSR fournit un résumé de séjour pour toutes les hospitalisations réalisées dans les structures autorisées en SSR publiques comme privées, pour l'hospitalisation complète ou partielle. Les données sont pondérées afin de tenir compte de la non-exhaustivité du recueil.

TABLEAU 1 ● Établissements* développant des soins de suite et de réadaptation selon le statut et la catégorie d'établissements en 2012

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	881	459	453	1 793
Capacités (lits et places), dont :	43 583	33 742	33 877	110 202
part de l'hospitalisation partielle en %	5,8	12,1	8,1	8,4
Activité en séjours, dont :	539 197	430 855	391 509	1 361 561
hospitalisation partielle	110 276	125 121	53 356	288 753
Part de l'hospitalisation partielle en %	20,5	29,0	13,6	21,2
Activité en journées, dont :	14 250 181	10 772 269	11 573 250	36 595 700
part de l'hospitalisation partielle	5,4	12,3	8,4	8,4
Ratio moyen de personnel soignant**	0,72	0,50	0,35	0,57
Ratio moyen de personnel infirmier	0,31	0,23	0,17	0,25
Ratio moyen de personnel de rééducation	0,16	0,18	0,12	0,16

* Entités géographiques des établissements.

** Personnel soignant = infirmiers (ères) + aides-soignant(e)s.

Lecture • Les données de capacités et de personnel sont issues de la SAE, et celles concernant l'activité du PMSI-SSR.

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors MECS temporaire, hors SSA, tout type d'hospitalisation.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2012, traitements DREES ; DREES, SAE 2012, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SSR en 2011 selon la région d'hospitalisation

	Densités de lits et de places*	Solde sur l'ensemble de l'activité**	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national***
Île-de-France	541	-1,5	0,98
Champagne-Ardenne	296	-11,6	0,73
Picardie	463	-2,3	1,03
Haute-Normandie	434	-3,9	0,86
Centre	427	-1,7	0,91
Basse-Normandie	428	3,3	1,02
Bourgogne	426	-3,8	0,95
Nord – Pas-de-Calais	466	3,8	1,09
Lorraine	434	2,8	1,19
Alsace	467	-0,3	1,25
Franche-Comté	423	-10,4	0,86
Pays de la Loire	414	-2,0	0,85
Bretagne	443	0,9	1,07
Poitou-Charentes	360	-0,3	0,86
Aquitaine	458	2,4	0,98
Midi-Pyrénées	485	0,0	1,01
Limousin	387	1,5	1,32
Rhône-Alpes	483	2,3	1,02
Auvergne	432	-5,9	0,86
Languedoc-Roussillon	527	6,7	1,05
Provence - Alpes - Côte d'Azur	613	3,2	1,03
Corse	458	-16,1	0,91
Guadeloupe	548	-7,4	1,58
Martinique	356	-3,7	1,18
Guyane	450	-51,5	0,56
La Réunion	424	0,0	1,01
Ensemble	474	1,00	

* Densité de lits et de places pour 100 000 personnes de 50 ans ou plus.

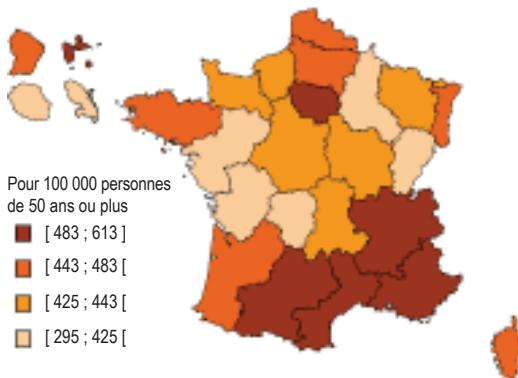
** Le solde est la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.

*** Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge.

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors MECS temporaire, hors SSA, séjours finis.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2012, traitements DREES ; DREES, SAE 2012, traitements DREES.

CARTE ● Densité de capacités en SSR en 2012



Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors MECS à caractère temporaire, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 2012, traitement DREES.

La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) prennent en charge 1,4 million de séjours, soit 37 millions de journées d'hospitalisation. L'hospitalisation complète reste prépondérante avec 79 % de l'ensemble des séjours et 92 % des journées. Les patients en SSR sont âgés (71 ans d'âge médian) et plus souvent des femmes. Les suites d'affections des systèmes ostéo-articulaire, nerveux et de l'appareil cardiovasculaire sont les prises en charges les plus fréquentes.

Une patientèle plutôt âgée et féminine

De 2010 à 2012, l'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR) a augmenté (+3 % de journées par an) pour atteindre les 37 millions de journées en 2012. La répartition des séjours entre hospitalisation complète et partielle et selon le genre reste stable au cours de ces trois ans (tableau 1). Les femmes bénéficient plus souvent de séjours en SSR (55 %), notamment en hospitalisation complète (58 %). Les séjours d'hospitalisation partielle, moins fréquents (21 %), sont réalisés pour des hommes dans 55 % des cas. L'âge médian tous sexes et tous types d'hospitalisation confondu est élevé et reste stable entre 2010 et 2012 (71 ans). L'hospitalisation complète accueille des patients plus âgés (76 ans contre 52 ans en hospitalisation partielle), l'âge médian des femmes y est plus élevé que celui des hommes (78 ans contre 69 ans) ; cette différence ne se retrouve pas en hospitalisation partielle. Les séjours d'hospitalisation complète représentent 31 jours de présence en moyenne, mais le nombre moyen de jours de présence s'accroît avec l'âge (de 27 jours pour les moins de 35 ans à 32 pour les 70 ans ou plus). En hospitalisation partielle, ce sont les plus jeunes qui totalisent les durées de présence les plus élevées (séjours de plus d'une journée : 20 jours pour les moins de 35 ans contre 16 pour les 70 ans ou plus).

Des patients en majorité autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission en SSR

L'hospitalisation complète accueille plus de patients dépendants au sens de la grille AVQ (voir définition) que l'hospitalisation partielle (86 % contre 52 %, tous degrés de dépendance confondus). La dépendance globale s'améliore entre l'admission et la sortie, et cette évolution repose essentiellement sur l'amélioration de la dépendance physique. Les patients gagnant le plus en autonomie sont, en hospitalisation complète, ceux moyennement dépendants et, en hospitalisation partielle, ceux faiblement dépendants (graphique 1).

Les motifs de prise en charge varient selon l'âge et le type d'hospitalisation

Quatre groupes de pathologies sont principalement à l'origine des séjours en SSR (tableau 2) : les maladies du système ostéo-articulaire (20 %), avec l'arthrose ; les lésions trauma-

tiques (15 %) avec les fractures du membre inférieur, du rachis et les complications de prothèses ou d'implants ; les affections de l'appareil cardiovasculaire (12 %), avec l'insuffisance cardiaque et les cardiopathies ischémiques ; les affections du système nerveux (12 %), avec les paralysies. Les chutes et anomalies de la démarche, les démences, les troubles mentaux liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives et l'obésité sont à l'origine de 13 % des séjours. Pour les patients âgés de 70 ans ou plus, ce sont principalement des séjours à la suite de lésions traumatiques, d'arthrose, d'affections cardiovasculaires (insuffisance cardiaque) et de symptômes divers (dont chutes et anomalies de la démarche). Pour ceux âgés de 35 à 69 ans, les arthropathies, affections du système nerveux (dont paralysies cérébrales) et cardiovasculaires (cardiopathies ischémiques), prédominent ; pour les plus jeunes, il s'agit d'affections du système nerveux, digestives, métaboliques et endocrinianes, de lésions traumatiques et d'arthropathies.

L'hospitalisation complète reste le mode de prise en charge privilégié (79 % des séjours contre 80 % en 2011) et le mode de prise en charge essentiel de certaines pathologies (tumeurs malignes et maladies cérébrovasculaires). La part de l'hospitalisation partielle est plus élevée lors de la prise en charge des paralysies cérébrales ou de l'obésité.

Les patients les plus âgés bénéficient surtout de soins en hospitalisation complète (92 % pour les 70 ans ou plus, 68 % pour les 35 à 69 ans) alors que les moins de 35 ans sont pris en charge autant en hospitalisation complète que partielle.

Les soins sont centrés sur la rééducation

Les patients bénéficient principalement de soins de rééducation (62 % des séjours en hospitalisation complète et 81 % en hospitalisation partielle). Les autres séjours d'hospitalisation complète sont motivés par des soins médicaux (soins palliatifs, soins de suite d'insuffisance cardiaque, de démences, de malaises et fatigue, d'anomalies de la démarche et d'hémiplégie) ou par des soins de convalescence, post-chirurgicale ou non (suites de lésions traumatiques, d'affections cardiovasculaires, de tumeurs, etc.). Le nombre d'actes s'élève à 143 millions, principalement répartis entre actes de rééducation mécanique (35 %), actes de réadaptation et réinsertion (18 %) et bilans (16 %).

Champ

France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), 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

- **L'unité 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 2012. Plusieurs

séjours effectués par un même patient sont autant de séjours différents.

- **Le nombre moyen de jours de présence :** présence effective effectuée en SSR, hors permissions.

- **La morbidité principale :** elle repose sur l'association de la finalité principale de prise en charge (FPPC, ce qui a été fait au patient durant la semaine), de la manifestation morbide principale (MMP, le problème de santé sur lequel s'exerce le soin) avec éventuellement l'affection étiologique (AE) qui est le problème de santé à l'origine de la MMP.

- **L'appréciation de la morbidité :** les 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 MMP, voire de l'AE.

Ces dernières sont enregistrées lors de la semaine de l'admission des patients en SSR pour les séjours commencés en 2012 et lors de la première semaine de 2012 pour les séjours débutés antérieurement.

- **Le degré de dépendance des patients :** est évalué d'après la grille AVQ (activités de la vie quotidienne) lors

de l'admission et de la sortie. Voir la fiche « Les patients hospitalisés à domicile ».

Pour en savoir plus

- Coquelet F., Valdelièvre 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) ».

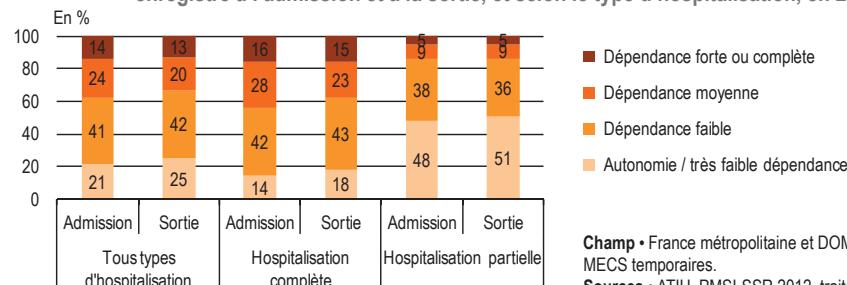
TABLEAU 1 ● L'activité en SSR de 2010 à 2012

Ensemble	En termes de séjours					En termes de journées de présence				
	Nombre de séjours	Variation annuelle (en %)	Part de l'hospitalisation complète (en %)	Part des femmes (en %)	Âge médian (à l'admission)	Nombre de journées	Variation annuelle (en %)	Part de l'hospitalisation complète (en %)	Part des femmes (en %)	
2012	1 361 561	3	79	55	71	36 595 700	3	91,7	58	
2011	1 321 005	1	80	55	72	35 384 781	0	92,0	57	
2010	1 313 634		81	56	71	35 450 080		92,2	58	

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA et MECS temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2012, traitement DREES.

GRAPHIQUE 1 ● Répartition des séjours selon le degré de dépendance globale des patients, enregistré à l'admission et à la sortie, et selon le type d'hospitalisation, en 2012



Dépendance forte ou complète

Dépendance moyenne

Dépendance faible

Autonomie / très faible dépendance

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA et MECS temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2012, traitement DREES.

TABLEAU 2 ● Répartition des séjours réalisés en 2012, selon la morbidité enregistrée à l'admission

Affections, maladies	Effectif	Part de la pathologie (en %)	Part en hospitalisation complète (en %)
Affection de l'appareil cardiovasculaire	160 041	12	73
Affections de l'appareil respiratoire	56 211	4	89
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien	100 389	7	83
Diabète	15 798	1	86
Obésité et autres excès d'apport	42 925	3	68
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	204 357	15	86
Maladies du système nerveux	168 710	12	67
Maladies cérébrovasculaires (inclus accidents ischémiques transitoires, syndrome vasculaire au cours de maladies cérébrovasculaires)	15 648	1	93
Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	115 686	9	62
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	265 986	20	74
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	141 061	10	83
Chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	71 897	5	83
Troubles mentaux	123 161	9	77
Démences (y compris maladie d'Alzheimer)	42 311	3	75
Troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives	31 460	2	89
Tumeurs malignes	69 733	5	98
Organes digestifs	19 553	1	100
Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	11 757	1	99
Organes respiratoires et intrathoraciques	9 366	1	98
Autres pathologies*	70 745	5	81
Non précisées	1 165	0	83
Total	1 361 561	100	79

* Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, du sang ; tumeurs bénignes etc.

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA et MECS temporaires.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2012, traitement DREES.

Les parcours de soins hospitaliers

En 2012, 12 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour près des trois quarts, l'hospitalisation a été un épisode unique au cours de l'année. Cet épisode unique peut correspondre à un seul séjour 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.

12 millions de patients hospitalisés en France en 2012

En 2012, 12 135 000 patients ont été hospitalisés en France dans l'un des 2 849 établissements de santé, publics comme privés, de France métropolitaine et des DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Parmi eux, 823 000 y sont nés et 332 000 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 des systèmes d'information (PMSI) pour l'ensemble des prises en charge de court comme de moyen séjour.

Un épisode unique d'hospitalisation au cours de l'année pour trois quarts des patients

Plus de deux tiers (68 %) des patients n'ont été hospitalisés qu'une seule fois au cours de l'année et pour un seul séjour. Pour 4 % d'entre eux, l'hospitalisation a constitué un épisode de soins unique au cours de l'année, mais celui-ci a comporté plusieurs séjours consécutifs. Cet épisode de soins correspond à une prise en charge successive et ininterrompue dans plusieurs établissements ou à différentes modalités de prise en charge, par exemple en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) puis en soins de suite et de réadaptation (SSR), en hospitalisation à domicile (HAD), etc. En revanche, pour un peu plus du quart des patients (3 376 000), une nouvelle hospitalisation, voire plus, a eu lieu à distance du premier séjour ou épisode (tableau 1). Les délais entre les épisodes d'hospitalisation se répartissent ainsi : entre deux et sept jours pour 36 % des patients, entre huit et trente jours pour 31 %, entre un et trois mois pour 19 %, entre trois et six mois pour 9 %, plus de 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 secteur de MCO ou de la psychiatrie. Pour la moitié des patients ayant connu un épisode de soins hospitaliers unique avec plusieurs séjours (228 000), l'épisode a commencé par un séjour en MCO, suivi immédiatement par une prise en charge en SSR ; pour 29 %, le profil correspond à deux

Champ

Activité d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé, publics comme privés, ayant fonctionné en 2012 en France métropolitaine et dans les DOM, y compris Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA). L'ensemble des séjours réalisés par les établissements pour leur activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO incluant l'ensemble des nouveau-nés), en soins de suite et de réadaptation (SSR), en hospitalisation à domicile (HAD) et en psychiatrie a été pris en compte.

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'assuré social, 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. 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 de 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

séjours en MCO dans deux établissements différents. Enfin, pour les parcours de patients constitués de plusieurs hospitalisations non contiguës au cours de l'année, les réadmissions se font surtout en MCO. Ce type de parcours est aussi le plus fréquent pour les patients hospitalisés en psychiatrie.

L'hospitalisation concerne tous les âges de la vie

Les patients ont une moyenne d'âge de 46,5 ans (médiane à 49 ans). Ils se répartissent selon les groupes d'âges : 17 % ont moins de 18 ans, 28 % entre 18 et 44 ans, 38 % entre 45 et 74 ans et 17 % sont âgés de 75 ans ou plus. La proportion des femmes est de 55,6 %. Elle est plus élevée pour la maternité, bien sûr, et pour des pathologies liées à la longévité, comme la cataracte ou les fractures du col du fémur.

La prise en charge a été faite exclusivement en MCO pour 88,6 % des patients, exclusivement en SSR pour 1,1 %, exclusivement en HAD pour 0,1 %, exclusivement en psychiatrie pour 2,1 % ; 990 000 patients (8,1 %) ont eu une prise en charge en hospitalisation dans différents champs sanitaires en 2012, et donc une diversité d'intervenants. Les patients ayant eu plusieurs hospitalisations sont en moyenne plus âgés (56,4 ans contre 41,9 pour ceux avec une hospitalisation unique).

Des parcours de soins selon les groupes de prise en charge

En 2012, 27 millions de séjours et épisodes ont été réalisés ; ils ont été répartis dans dix-huit groupes médicaux de prise en charge (tableau 2). Excepté les traitements itératifs, les « affections du sang ou tumeurs de siège diffus » (tumeur avec métastases) sont le groupe de pathologies ayant la plus forte proportion de patients avec plusieurs hospitalisations dans l'année (les trois quarts). À l'opposé, le groupe des « nouveau-nés, prématurés et affections de la période prénatale » est associé majoritairement à la modalité hospitalisation unique (87,5 %). Pour les patients ayant plusieurs hospitalisations non contiguës, 38 % ont eu des prises en charge relevant du même groupe, 43 % des prises en charges relatives à deux groupes distincts et 19 % des prises en charge relevant de trois groupes et plus.

des informations sources n'indiquent pas d'erreur. 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 hospitaliers. Dans les autres cas, on parle d'hospitalisations distinctes dans l'année. Pour le

SSR, l'HAD, la psychiatrie, seuls les séjours ayant effectivement débuté en 2012 ont été pris en compte. Les groupes médicaux de prise en charge ont été constitués à partir du résultat de l'algorithme de groupage médico-économique appliqué automatiquement 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). L'algorithme de groupage est maintenu par l'ATIH.

Pour en savoir plus

Consulter le site de l'ATIH, rubrique Accès aux données/Base de données/Documentation technique/Aide à l'utilisation des informations de chaînage.

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 chaque séjour réalisé. Les données comprennent pour chaque séjour une description normalisée de la prise en charge médicale (voir chapitre 8).

TABLEAU 1 ● Caractéristiques des patients selon les parcours de soins hospitaliers au cours de l'année 2012

	Ensemble des patients	% des patients	Séjour hospitalier unique	% des patients	Épisode de soins hospitaliers unique	% des patients	Plusieurs hospitalisations au cours de l'année	% des patients
Nombre de patients	12 135 419	100,0	8 249 081	100,0	510 478	100,0	3 375 860	100,0
Âge moyen, écart type	46,5 ± 26,5		41,9 ± 26,3		63,2 ± 24,8		55,4 ± 24,0	
Hommes/femmes (en %)	44,4 / 55,6		44,0 / 56,0		39,2 / 60,8		46,2 / 53,8	
Nombre de naissances	822 840	6,7	712 142	8,6	13 099	2,6	97 599	2,9
Nombre de décès	331 532	2,7	113 233	1,4	44 403	8,7	173 896	5,2
Nombre de séjours dans l'année 2012, médiane, p75, p90*	1 / 2 / 3		1 / 1 / 1		2 / 2 / 3		2 / 4 / 8	
Une seule admission en MCO	8 419 699	69,4	7 971 932	96,6	294 075	57,6	153 692	4,6
Admission exclusivement en MCO	10 751 427	88,6	7 971 932	96,6	145 551	28,5	2 633 944	78,0
Plusieurs admissions en MCO	3 317 008	27,3	-	-	202 189	39,6	3 114 819	92,3
Une seule admission en SSR	692 679	5,7	102 853	1,3	261 436	51,2	328 390	9,7
Admission exclusivement en SSR	131 858	1,1	102 853	1,3	1 641	0,3	27 364	0,8
Plusieurs admissions en SSR	192 236	1,6	-	-	28 230	5,5	164 006	4,9
Une seule admission en HAD	81 158	0,7	7 696	0,1	33 693	6,6	39 769	1,2
Admission exclusivement en HAD	8 615	0,1	7 696	0,1	101	0,0	818	0,0
Plusieurs admissions en HAD	23 043	0,2	-	-	3 981	0,8	19 062	0,6
Une seule admission en psychiatrie	270 960	2,2	166 600	2,0	26 106	5,1	78 254	2,3
Admission exclusivement en psychiatrie	252 971	2,1	166 600	2,0	11 076	2,2	75 295	2,2
Plusieurs admissions en psychiatrie	162 486	1,3	-	-	16 865	3,3	145 621	4,3

* p75, p90 signifient 75^e et 90^e centiles : parmi les patients ayant eu plusieurs hospitalisations dans l'année, 75 % ont eu 4 séjours ou moins, 90 % huit séjours ou moins dans l'année.

Note • Les colonnes « % des patients » donnent la proportion en pourcentage de patients ayant eu un séjour à l'hôpital dans l'année.

Lecture • Pour les épisodes de soins hospitaliers, un même patient peut avoir un séjour, par exemple, en MCO puis en SSR. En conséquence, la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients. Il en est de même pour les patients ayant eu plusieurs hospitalisations au cours de l'année.

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

Sources • ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2012, traitements 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		
		Nombre de patients	%	Âge*	Nombre de patients	%	Âge*	Nombre de patients	%	Âge*
Affections du système nerveux	1 270 380	400 373	44,7	51,1	75 069	8,4	70,1	420 673	46,9	57,6
Affections de l'œil	932 932	333 676	48,9	66,0	2 882	0,4	62,9	346 697	50,7	71,6
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	922 537	684 411	78,7	24,2	6 684	0,8	39,6	178 719	20,5	40,5
Affections de l'appareil respiratoire	948 462	259 201	38,2	51,1	45 842	6,8	70,5	373 551	55,0	60,3
Affections de l'appareil circulatoire	1 760 784	510 069	41,7	62,6	69 438	5,7	73,0	643 036	52,6	67,8
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	3 131 496	1 605 587	63,5	51,4	52 593	2,1	66,1	868 796	34,4	58,6
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	2 155 348	946 376	56,2	48,8	169 797	10,1	70,9	566 919	33,7	57,3
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	781 902	387 378	56,9	44,5	25 868	3,8	69,5	267 530	39,3	58,5
Affections endocrinianes, métaboliques et nutritionnelles	541 357	207 401	46,9	47,8	16 140	3,6	63,2	219 449	49,5	50,1
Affections génito-urinaires	1 478 386	650 023	56,9	43,1	23 970	2,1	62,6	467 616	41,0	55,4
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 296 941	803 541	75,9	29,5	35 544	3,4	29,9	218 925	20,7	29,4
Nouveaux-nés, prématurés et affections de la période périnatale	861 627	724 092	87,5	0,0	13 015	1,6	0,1	90 036	10,9	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	532 607	61 035	21,8	55,1	7 709	2,8	67,4	211 213	75,4	58,7
Maladies infectieuses et parasitaires	134 727	43 801	38,2	34,3	5 249	4,6	59,6	65 616	57,2	48,4
Maladies et troubles mentaux	1 218 884	235 037	37,2	46,0	66 238	10,5	55,2	330 461	52,3	47,6
Traumatismes, allergies et empoisonnements	580 702	144 725	33,4	38,4	78 696	18,1	66,1	210 120	48,5	51,0
Autres affections ou prises en charge	1 050 551	221 810	29,9	49,8	59 339	8,0	71,2	460 278	62,1	57,9
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	8 177 102	12 823	2,8	56,2	6 912	1,5	63,3	438 588	95,7	62,7
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	54 944	17 722	43,1	34,9	3 637	8,8	46,3	19 758	48,1	42,1

* Âge moyen des patients.

Note • Les colonnes « % » donnent pour chaque groupe médical la proportion en pourcentage d'hospitalisations uniques, d'épisodes hospitaliers uniques, d'hospitalisations multiples. Dans le groupe « Affections du système nerveux », 44,7 % ont eu une hospitalisation unique, 8,4 % un épisode hospitalier unique et 46,9 % plusieurs hospitalisations.

Lecture • Pour les patients ayant eu plusieurs hospitalisations, le groupe médical de prise en charge peut être différent 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 (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2012, traitements DREES.

6

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

- La lutte contre les infections nosocomiales
- La naissance : les maternités
- La naissance : caractéristiques des accouchements
- La médecine d'urgence
- Les interruptions volontaires de grossesse
- Les achats de médicaments dans les établissements de santé

La lutte contre les infections nosocomiales

Les résultats 2012 des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales sont rendus publics pour 2 794 établissements de santé de France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées.

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

La lutte contre les infections nosocomiales (IN), infections contractées au sein des établissements de santé, mobilise des moyens spécifiques. Ainsi, selon le code de la santé publique, tous les établissements de santé 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. Depuis 2006, des indicateurs sont élaborés à partir des bilans d'activité de lutte contre les IN, remplis par chaque établissement de santé. Le ministère de la Santé publie ces indicateurs tous les ans. Le tableau de bord des infections nosocomiales 2012 comprend six indicateurs qui reflètent le niveau d'engagement d'un établissement de santé dans la prévention des IN : l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2), l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), l'indicateur composite de lutte contre les infections du site opérateur (ICA-LISO), l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA.2), l'indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (ICA-BMR) et le taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la mécicilline (SARM). Depuis 2011, certains de ces indicateurs ont évolué en deuxième génération (version 2), plus exigeante dans l'engagement de la prévention des IN (ICALIN.2, ICSHA.2, ICA-LISO), et un nouvel indicateur est ajouté visant à renforcer un champ d'intervention prioritaire : les bactéries multirésistantes (ICA-BMR). Un score agrégé synthétise cinq des six indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales à l'exclusion du SARM, et permet une lecture globale de la performance des établissements. Une évolution de tendance des taux annuels de SARM entre 2007 et 2012 est également calculée, reflétant les efforts réalisés par les établissements dans la maîtrise de la diffusion de cette bactérie et des prescriptions d'antibiotiques. Les résultats de tous les indicateurs sont comparés par catégorie d'établissements et

présentés par classe de performance, allant de A à E, soit de la plus performante à la moins performante. Les établissements ne répondant pas au bilan sont classés F.

Un investissement constant des établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales

Sur les 2 794 établissements répondant au tableau de bord des IN 2012, 85 % ont atteint le plus haut niveau de performance en matière de prévention des IN – ICALIN.2 classe A et B (tableau). Les objectifs personnalisés de consommation de produits hydro-alcooliques – ICSHA.2 classe A et B – ont été atteints par 77 % des établissements, alors que les exigences en matière de nombre de frictions par jour et par patient en solutions hydro-alcooliques sont plus élevées qu'en 2011. De 2006 à 2012, le pourcentage d'établissements ICATB classe A et B a fortement progressé : de 32 % à 92 % (graphique). Les résultats de l'indicateur ICA-LISO montrent une progression importante de 14 % entre 2011 et 2012, soit plus de 84 % des établissements de santé en classe A et B. Ces résultats reflètent l'investissement important des établissements de santé ayant une activité de chirurgie ou d'obstétrique dans l'organisation, les moyens et la mise en œuvre des actions de prévention et d'évaluation du risque infectieux en chirurgie. Enfin, 80 % des établissements sont en classe A et B pour l'indicateur ICA-BMR. Ces résultats montrent l'importance de continuer à sensibiliser les professionnels sur le risque de diffusion des BMR et encouragent les établissements à mieux s'organiser pour maîtriser les BMR et prévenir les épidémies. Au total, pour le score agrégé qui permet une lecture synthétique de ces cinq indicateurs, 91 % des établissements sont en classe A et B. Ces résultats reflètent les efforts fournis de manière continue par les établissements pour prévenir les infections nosocomiales. Le nombre d'établissements dont le taux triennal de SARM est dans la meilleure classe de performance augmente légèrement entre 2011 et 2012 de 43 % à 47 % et une baisse significative des taux annuels de SARM entre 2007 et 2012 est constatée.

Champ

Établissements de santé publics et privés en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

- **ICALIN.2** : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2. Il reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé et de ses personnels et se centre sur les actions du programme de prévention des IN 2009-2013, notamment les infections graves et évitables.
- **ICSHA.2** : indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains version 2. Il est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure clé de prévention

de nombreuses infections nosocomiales. Son exigence en nombre de frictions par jour et par patient augmente chaque année.

- **ICA-LISO** : indicateur composite de lutte contre les infections du site opérateur. Il remplace l'indicateur SURVISO (surveillance des infections sur site opérateur) et reflète l'organisation, les moyens et les actions mis en place pour lutter contre les infections du site opérateur (pour les établissements de santé ayant une activité de chirurgie ou d'obstétrique).

- **ICA-BMR** : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes. Ce nouvel indicateur reflète l'organisation, les moyens et les actions mis en place pour maîtriser la diffusion des bactéries multirésistantes. Il complète, d'une part, l'indicateur de résultat sur le SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la mécicilline (SARM)) est calculé sur

résistant à la mécicilline), d'autre part, l'indicateur ICATB sur le bon usage des antibiotiques.

- **ICATB** : 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. Il évoluera en deuxième génération (ICATB.2) pour le recueil de l'activité 2013.

- **Score agrégé** : il réunit en un score les cinq indicateurs ICALIN.2, ICSHA.2, ICATB, ICA-LISO et ICA-BMR et mesure d'une façon plus globale le niveau des activités développées dans les établissements de santé pour lutter contre les infections nosocomiales.

- **Taux triennal de SARM** : le taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la mécicilline (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. L'évolution de tendance des taux annuels du SARM met l'accent sur les efforts consentis par l'établissement pour diminuer cette résistance et maîtriser sa diffusion.

Pour en savoir plus

- Dossier « Infections nosocomiales » sur le site du ministère de la Santé.
- Scop Santé, site de diffusion publique des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé.

Sources

Tableau de bord des infections nosocomiales – Rapport national établi par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

TABLEAU ● Indicateur ICALIN.2 : répartition des établissements de santé par classe de performance

Catégories d'établissements	Score agrégé 2012	ICALIN.2 2012	ICATB 2012	ICSHA.2 2012	ICA-LISO 2012	ICA-BMR 2012
	% A + B*	% A + B	% A + B	% A + B	% A + B	% A + B
Centres hospitaliers régionaux/universitaires (CHR/CHU)	100	94,4	86,1	100	79,7	77,8
Centres hospitaliers généraux (CH) < 300 LP	91,4	85,5	89,8	83,6	81	84,9
Centres hospitaliers généraux (CH) > 300 LP	96,6	89,4	95,6	94,6	84,3	80,1
Établissements de santé mentale	87,4	82	84,5	69,6 (effectif=1)	100	72,7
Hôpitaux locaux	92,4	80,8	96,5	78,4	nc	77,7
Établissements privés MCO < 100 LP	88,6	84,3	91,1	80,4	83,9	88
Établissements privés MCO > 100 LP	94,2	91,3	94,2	85,1	87,6	84,3
Établissements SSR et SLD	89,9	83,9	94,2	63,2 (effectif=1)	100	79,6
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	94,7	94,7	100	100	94,7	89,5
Hospitalisation à domicile	86,3	83,8	nc	84,7	nc	60,5
Autres**	87,8	85,3	nc	66,7	nc	80
Ensemble	91	85,4	92,5	76,8	84,6	79,7

* % 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.

** Établissements de type maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, centres d'hémodialyse, etc.

nc : non concerné par l'indicateur pour certains établissements du fait de leur activité.

LP : lits et places.

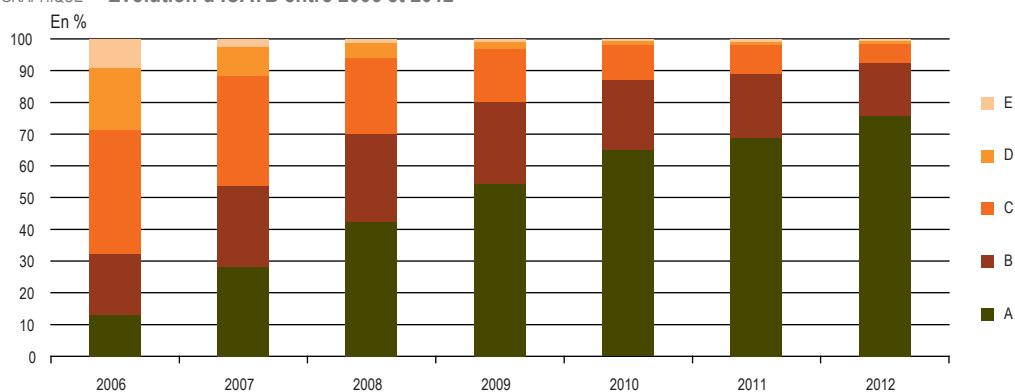
SSR : soins de suite et de réadaptation.

SLD : soins de longue durée.

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

Sources • Tableau de bord des infections nosocomiales – Rapport national 2012 établi par la DGOS.

GRAPHIQUE ● Évolution d'ICATB entre 2006 et 2012



Note • L'échelle va de A à E, A étant la classe la plus performante, E la moins performante.

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

Sources • Tableau de bord des infections nosocomiales – Rapport national 2012 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. Cela 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 Dienesch, 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. La même année, des normes identiques à celles du décret Dienesch ont été mises en œuvre dans le secteur public. La seconde étape est amorcée avec la parution des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 qui définissent réglementairement trois types différents de maternités, pour prendre en charge les grossesses selon le 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

Dans le secteur privé, la parution en 1972 du décret Dienesch 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 2012, au profit des maternités de types 2 et 3 (voir définitions). Le nombre de maternités est passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 522 en 2012 en France métropolitaine, hors le service de santé des armées (SSA). Dans les services d'accouplement, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux depuis trente ans alors que la natalité en France métropolitaine est restée

dynamique sur toute la période, avec 710 000 à 800 000 naissances par an (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 46 fin 2012, avec une réduction conjointe de la durée moyenne de séjour de huit jours en 1975 à moins de cinq jours en 2012.

Une part croissante d'accouchements dans les maternités de types 2 et 3

En 2012, on dénombre 545 maternités en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le SSA : 256 maternités dites de « type 1 », 223 de type 2 et 66 de type 3 (voir définitions). Elles totalisent 17 700 lits d'accouplement et ont réalisé environ 813 000 accouchements pour 819 000 naissances vivantes en maternité. Les maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (type 2 ou 3), qui représentent la moitié des 545 maternités, sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (80 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent les deux tiers des lits et 73 % des accouchements. La part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de type 2 ou 3 (hors SSA) s'élevait à 43 % en 1996 (tableau). Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2012, contre la moitié en 2002. En 2012, près de 40 % des maternités de France métropolitaine réalisent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (graphique 2). Seulement 4 % 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 2012, une maternité de type 1 effectue en moyenne 852 accouchements par an, une maternité de type 2 en accomplit 1 761, et une maternité de type 3 en réalise 3 065 pour la France métropolitaine, hors SSA.

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DOM (y compris Mayotte), y compris le service 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'accouplement.

• **Type de maternité** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le 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'accouplement, un établissement est dit de « type 2 » s'il a un service de

néonatalogie sur le même site que le service d'accouplement, il est dit de « type 3 » s'il dispose, sur le même site que le service d'accouplement, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie.

• **Naissances** : en 1977, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini un critère de viabilité qui comptabilise les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée, ou les enfants – ou fœtus – pesant 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. Déorsé mais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Le nouveau dispositif n'est donc plus fondé sur le seuil de viabilité défini par l'OMS. Cependant, ce seuil conserve son caractère indispensable pour l'élaboration des statistiques sanitaires.

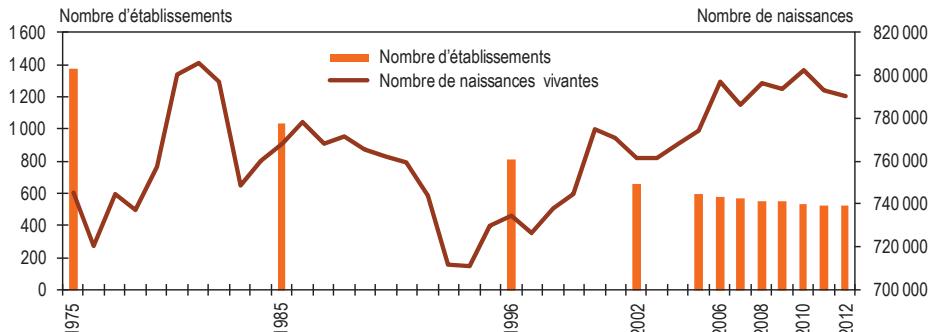
Pour en savoir plus

- Baillot A., Evain F., 2012, « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », *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.
- Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 776, DREES, octobre.
- Vilain A., 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 775, DREES, octobre.
- Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », dans *Les Établissements de santé – Un panorama pour l'année 2007*, coll. *Études et Statistiques*, DREES.
- Buisson G., 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 – un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *Études et Résultats*, n° 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 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 2012



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 2012, traitements DREES.

TABLEAU ● Répartition des accouchements selon le niveau de la maternité d'accueil en 1996, 2005 et 2012

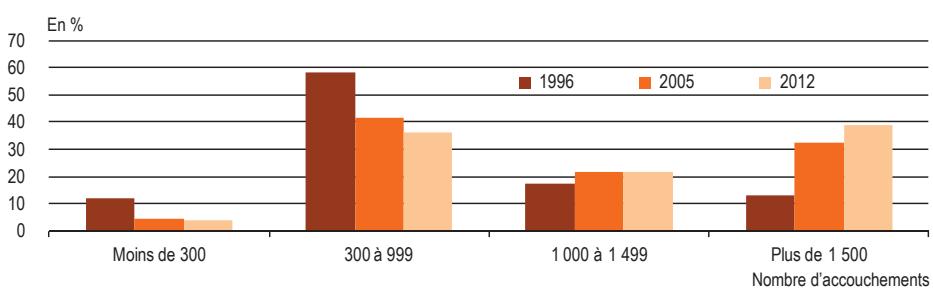
	Année	Niveaux de spécialisation			Total
		Type 1	Type 2	Type 3	
Nombre d'établissements	1996	564		250	814
	2005	321	210	62	593
	2012	247	215	60	522
Nombre d'accouchements	1996	409 894		315 443	725 337
	2005	268 643	339 309	156 578	764 530
	2012	212 513	378 593	183 133	774 239
Part d'accouchements	1996	57 %		43 %	100 %
	2005	35 %	44 %	20 %	100 %
	2012	27 %	49 %	24 %	100 %

Note • En 1996, les définitions de niveau existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié A., *et al.*, 1998).

Champ • France métropolitaine, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 1996, 2005 et 2012, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2005 et 2012



Champ • France métropolitaine, hors SSA.

Sources • DREES, SAE 1996, 2005 et 2012, traitements 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

Les maternités de types 2 et 3 (voir définitions) prennent en charge plus de sept accouchements sur dix, bien qu'elles ne représentent que la moitié des maternités. Par ailleurs, elles reçoivent la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la SAE et du PMSI-MCO en 2012, plus de 85 % des naissances multiples, des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et des naissances prématurées ont lieu, en effet, dans une maternité de type 2 ou 3 (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 2012, 4 200 femmes suivies dans une maternité de type 1 ont été transférées dans une maternité de type 2 ou 3, et 4 500 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 77 % en 2012 (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 (y compris Mayotte), hors centres périnatals de proximité, mais y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

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

• **Types de maternité** : les décrets de périménatalité 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 maternité 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 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

• Séjourné N., Callahan S., 2013, « Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans péridurale », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42.

• Coulom B., Blondel B., 2013 « Durée de séjour en maternité après un

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 20,2 % en 2007. Depuis, il semble se stabiliser (20,4 % en 2012). Les maternités de type 2 ou 3 ont un taux de césariennes peu éloigné de celui des établissements de type 1 ; ce qui signifie qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de type élevé pratiquent moins souvent les césariennes. Les maternités ayant répondu à la question sur la prise en charge de la douleur déclarent que neuf femmes sur dix accouchant par césarienne ont recours à la rachianesthésie en 2012, un taux en régulière augmentation depuis 2000. À l'inverse, les anesthésies générales, qui concernaient les autres patientes, ne sont quasiment plus pratiquées.

Des séjours plus courts

En 2012, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est légèrement inférieure à 5 jours, soit une baisse d'une demi-journée par rapport à 2003 (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. En revanche, le mode d'accouchement influe grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne est de 6,9 jours en 2012, contre seulement 4,4 jours pour un accouchement par voie basse. Pour ces deux modes d'accouchement, les durées moyennes de séjour baissent depuis 2003.

accouchement par voie basse en France », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42.

• Vilain A., 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 775, DREES, octobre.

• Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 776, DREES, octobre.

• Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de 30 ans d'évolution », dans *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., Maizraubrun du C., Bréart G. (INSERM

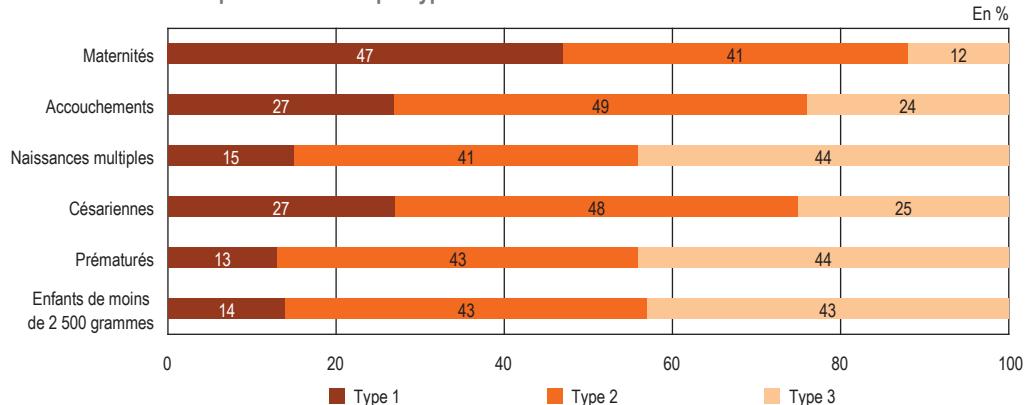
U 149), *Études et Résultats*, n° 383, DREES, février.

• Baubeau D., Buisson G., 2003, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », *Études 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 chaque séjour réalisé.

GRAPHIQUE ● Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2012



Champ • Ensemble des naissances en France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2012 et ATIH, PMSI-MCO 2012, traitements DREES.

TABLEAU 1 ● Évolution des taux de césariennes et de péridurales ou rachianesthésies par type de maternité

	Type de maternité	2000	2006	2012
Taux de césariennes	Niveau 1	17,2	19,8	20,2
	Niveau 2	16,8	19,3	20,1
	Niveau 3	19,0	21,0	21,2
	Ensemble	17,3	19,9	20,4
Taux de péridurales	Niveau 1	66,2	69,6	75,0
	Niveau 2	63,6	72,8	77,0
	Niveau 3	68,7	74,6	78,3
	Ensemble	65,7	72,1	76,8
Taux de rachianesthésies	Niveau 1	80,0	89,0	92,6
	Niveau 2	84,1	86,6	91,0
	Niveau 3	75,4	81,7	83,7
	Ensemble	80,6	86,3	89,8

Note • Pour les taux de péridurales et de rachianesthésies, ne sont recensées que les maternités ayant renseigné les variables relatives au recours à la péridurale.

Champ • Accouchements en France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2000, 2006 et 2012, traitements 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	
	2003	2012	2003	2012	2003	2012	2003	2012
Accouchements par voie basse	4,9	4,5	4,9	4,3	5,0	4,3	4,9	4,4
Accouchements par césarienne	8,3	7,2	7,8	6,3	7,6	6,3	8,0	6,9
Ensemble des accouchements	5,5	5,0	5,5	4,7	5,5	4,7	5,5	4,9

Champ • Accouchements en France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2003 et 2012, traitements DREES.

La médecine d'urgence

En 2012, en France métropolitaine et dans les DOM, 735 structures des urgences situées dans 656 établissements de santé ont traité 18,7 millions de passages, soit une progression de 1 % par rapport à 2011. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 105 SAMU et 431 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière 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, cette activité est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est faite 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, etc.) 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 leur état. 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 SAMU et les SMUR. Un SMUR ne peut être autorisé à fonctionner que s'il est rattaché à une structure des urgences. En 2012, en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), 656 établissements de santé ont une autorisation d'accueil des urgences pour un total de 735 structures (un établissement pouvant avoir une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques). On dénombre également 431 SMUR et 105 SAMU (tableau 1). La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public : 77 % des structures des urgences relèvent, en effet, de ce secteur tandis que 17 % d'entre elles dépendent 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 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 13 % des structures des urgences et 6 % des SMUR sont autorisés en pédiatrie. Lorsqu'une structure des urgences n'est pas pédiatrique, elle peut en revanche prendre en charge les enfants

Champ

Établissements publics et privés de France métropolitaine et des DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R6123-1 à R6123-32 du Code de la santé publique).

Définitions

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

Pour en savoir plus

• Boisguérin B., Brilhault G., Ricauch L., Valdellièvre H., Vuagnat A., 2014 « Premiers résultats de l'en-

quête nationale sur les structures d'urgences hospitalières réalisées par la DREES le 11 juin 2013 » dans cet ouvrage.

• Ricoch L., 2014, « Les urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité », *Études et Résultats*, DREES, à paraître.

• Boisguérin B., Valdellièvre H., 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et Résultats*, n° 889, DREES, juillet.

• Vuagnat A., 2013, « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? », *Le Panorama des établissements de santé*, édition 2013, DREES.

dans une filière de soins dédiée, en collaboration avec une structure de pédiatrie. Parmi les 562 structures de soins exclusivement générales, 21 % déclarent 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 : un nombre annuel de passages en progrès

En 2012, les 735 structures des urgences de la France métropolitaine et des DOM (y compris Mayotte), y compris le SSA, ont pris en charge 18,7 millions de passages, soit une progression de 1 % par rapport aux flux observés en 2011 (tableau 2). Sur une plus longue période, le nombre annuel de passages continue de progresser après une pause en 2010. En 1996, le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine, hors SSA, et a connu une augmentation de 3 % en moyenne chaque année (graphique). La part des passages aux urgences du secteur privé (pris dans sa globalité) s'établit à 18 % en 2012. 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 25 000 patients par an, avec un nombre moyen de passages plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (22 000 passages en moyenne par an contre 26 000). Par ailleurs, les structures générales des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille que celles des établissements publics et enregistrent en moyenne 19 000 passages annuels, contre 28 000 dans le secteur public. Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 28 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et sept structures sur dix, moins de 30 000. À l'autre extrémité, 17 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 35 % de l'ensemble des passages.

- 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.

Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'équipement, l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences. Le bordereau a été modifié à compter de la SAE 2007 pour se conformer à la nouvelle législation relative à la médecine d'urgence à la suite des décrets du 22 mai 2006. Les données présentées sont issues du bordereau Q13 de la SAE 2012. Des corrections ont été apportées aux réponses brutes déclarées par les établissements notamment concernant les autorisations. En 2012 n'ont pas été pris en compte les passages aux urgences déclarés par les établissements n'ayant pas l'autorisation pour cette activité.

TABLEAU 1 ● Nombre d'établissements de santé sièges de services d'urgences en 2012 selon le statut et l'autorisation

Établissements	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
Structure générale	401	38	123	562
Structure générale et pédiatrique*	75	4	0	79
Structure pédiatrique	14	1**	0	15
Ensemble	490	43	123	656
SMUR				
SMUR général	395	9	0	404
SMUR général et pédiatrique	12	1	0	13
SMUR pédiatrique	14	0	0	14
Ensemble	421	10	0	431
SAMU	105	0	0	105

* Les 79 établissements comportant une structure générale et une structure pédiatrique totalisent 158 structures des urgences.

** Il s'agit du regroupement de coopération sanitaire Hôpitaux pédiatriques Nice CHU Lenalval, classé par erreur en établissement privé à but lucratif en 2011.

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 et DOM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Nombre de passages aux urgences en 2012 selon le statut et l'autorisation

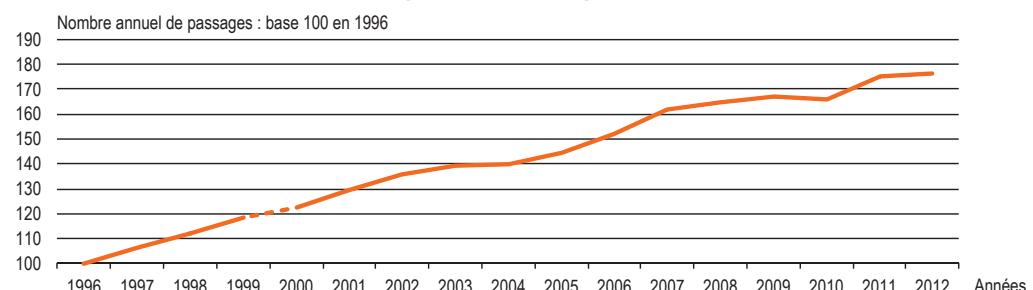
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)	2012	Évolution 2011-2012 (en %)
Structures générales	10 331 118	1,7	716 309	4,3	2 315 871	2,5	13 363 298	2,0
Structures pédiatriques	514 394	-11,7	54 062*	2,1	0	-	568 456	-10,6
Structures générales et pédiatriques	4 505 710	0,8	228 298	3,1	0	-	4 734 008	0,9
Urgences générales	3 067 991	-2,6	142 591	3,4	0	-	3 210 582	-2,3
Urgences pédiatriques	1 437 719	8,8	85 707	2,5	0	-	1 523 426	8,4
Ensemble	15 351 222	0,9	998 669	3,9	2 315 871	2,5	18 665 762	1,2

* Il s'agit du regroupement de coopération sanitaire Hôpitaux pédiatriques Nice CHU Lenalval, classé par erreur en établissement privé à but lucratif en 2011.

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

Sources • DREES, SAE 2011-2012, traitements 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 SAE 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 1996-2012, traitements DREES.

Les interruptions volontaires de grossesse

Selon la Statistique annuelle des établissements de santé, 188 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en établissement de santé pour la France métropolitaine et les DOM (y compris Mayotte) en 2012. Si l'on ajoute les 31 000 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville et les 2 000 IVG réalisées en centre de santé, centre de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009, le total représente 221 000 IVG en 2012. En établissement, 8 IVG sur 10 sont réalisées à l'hôpital public.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans calculé pour la France métropolitaine et les DOM mais hors Mayotte est de 14,9. Il s'établit à 14,5 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 20,7 en région PACA (carte 1). Trois autres 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 : le Languedoc-Roussillon (18), l'Île-de-France (18) et la Corse (18,8). Dans les DOM, les taux de recours, largement supérieurs à ceux observés en Métropole, s'élèvent à 19,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 et 49 ans en 2012 à La Réunion, 25,3 en Martinique, 26,7 en Guyane et 37,5 en Guadeloupe.

Un taux de recours constant et une progression de la méthode médicamenteuse

Le nombre d'IVG est quasi stable depuis une dizaine d'années. Il diminue en milieu hospitalier, du fait d'un report vers les IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral où elles sont autorisées depuis 2004 (graphique 1), et, dans une moindre mesure, depuis leur autorisation en mai 2009 en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF). En milieu hospitalier, les IVG médicamenteuses sont désormais stables tandis que les IVG chirurgicales continuent à diminuer. Le taux de recours à l'IVG des femmes demeure stable depuis 2006 (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 connaît une femme tout au long de sa vie selon les taux de recours de l'année considérée. Cet indice, qui permet de gommer les effets de l'évolution dans le temps de la structure d'âge des femmes, est de 0,52 IVG par femme en 2012. Il est quasiment stable depuis 2006. Au total, en ville ou en établissement, la méthode médicamenteuse est utilisée pour 57 % des IVG, contre 47 % en 2006.

Une IVG médicamenteuse sur quatre est réalisée hors structure hospitalière

En 2012, 31 000 IVG médicamenteuses ont été réalisées en cabinet de ville (tous régimes d'assurance maladie confondu).

Champ

France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), y compris le 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 une convention. La loi du 19 décembre 2007 et le décret d'application de mai 2009 ont étendu ce dispositif aux centres de santé et aux centres de planification ou d'éducation familiale. Le tarif payé aux établissements de santé pratiquant l'IVG a été revalorisé de 50 % le 31 mars 2013.

Pour en savoir plus

• Vilain A., Mouquet M.-C., 2014, « Les interruptions volontaires de

dus, y compris le régime agricole et celui des indépendants) et 2 002 en centre de santé ou en CPEF, soit 15 % du total des IVG et un quart des IVG médicamenteuses. Mais cette proportion demeure très inégale selon les régions. Les IVG en centre de santé sont encore très peu nombreuses : elles représentent moins de 1 % du total des IVG. Leur diffusion est limitée : 72 % ont lieu dans trois régions (Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Aquitaine), ces trois régions totalisant aussi 39 % de l'ensemble des IVG.

La part du secteur public, largement majoritaire, continue de croître

En 2012, la prise en charge des IVG a été assurée par 589 établissements, dont 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 81 % en 2012. Plus de 3 IVG hospitalières sur 4 sont prises en charge par le secteur public dans toutes les régions sauf cinq : Guadeloupe, Guyane, Île-de-France, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon (carte 2).

Plus de 1 000 praticiens conventionnés pratiquent des IVG dans leur cabinet

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 2012, 234 équivalents temps plein (ETP) de médecins (hors anesthésistes) salariés ont été recensés, ainsi que 111 ETP d'anesthésistes et 428 ETP de sages-femmes. Par ailleurs, 639 médecins libéraux et 664 anesthésistes libéraux (exclusifs ou non) interviennent aussi pour les IVG, 672 gynécologues et 400 omnipraticiens sont intervenus dans l'année pour des IVG médicamenteuses en ville, ainsi que 64 centres de santé, centres de PMI et de planification familiale.

grossesse en 2012 », *Études et Résultats*, n° 884, DREES, juin.

- « L'interruption volontaire de grossesse (IVG) », dans *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 2011, DREES.

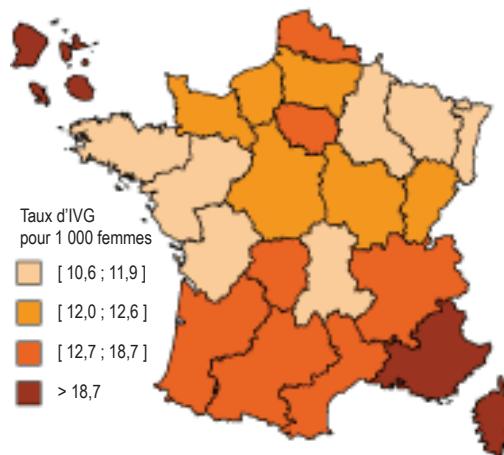
Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé et, pour les IVG, l'activité et

les personnels travaillant au sein des services. Le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMIS) permet de recueillir des données individuelles, avec des indications

sur l'âge de la femme et son lieu de domicile. La CNAMTS (SNIIRAM) 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, y compris pour la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) depuis 2010.

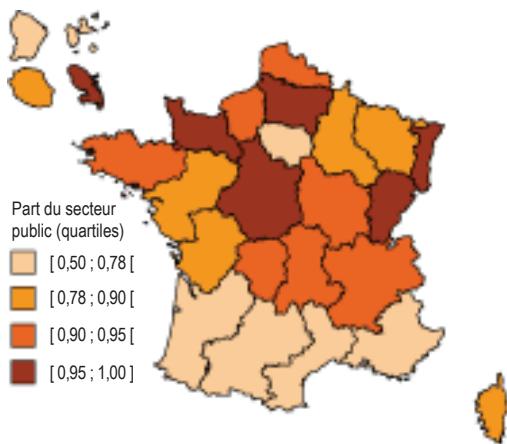
CARTE 1 ● Les recours à l'IVG en 2012



Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2012 ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAMTS, SNIIRAM, traitements DREES ; INSEE estimations de la population au 1^{er} janvier 2012.

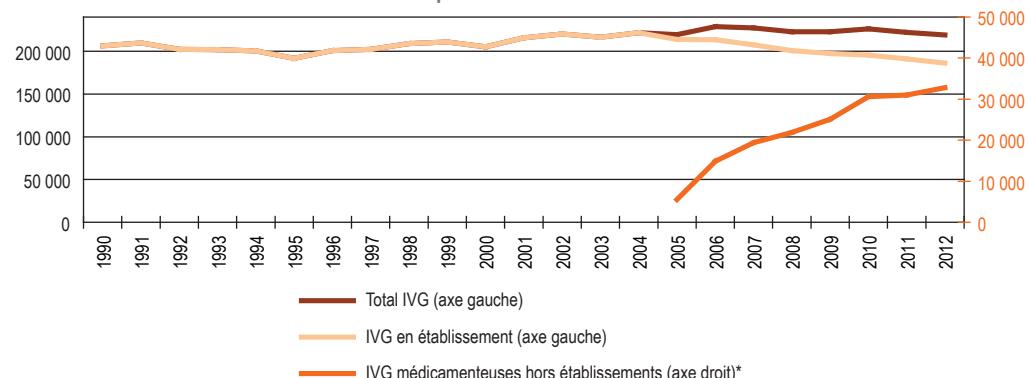
CARTE 2 ● Part du secteur public parmi les IVG réalisées en établissement en 2012



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

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES.

GRAPHIQUE 1 ● Évolution du nombre des IVG depuis 1990

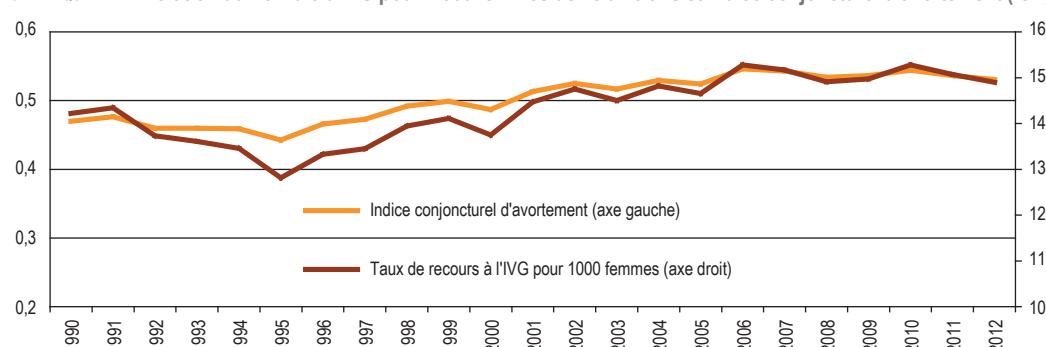


* Forfait médicament de ville (FMV) : de 2005 à 2009, selon la date de liquidation et régime général ; à partir de 2010, selon la date de soins et tous régimes.

Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), y compris SSA.

Sources • DREES, SAE ; CNAMTS, SNIIRAM (forfait médicaments de ville, tous régimes), traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans et indice conjoncturel d'avortement (ICA)



Note • Le taux de recours est calculé en rapportant le nombre total d'IVG à l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans. L'indice conjoncturel d'avortement correspond à la somme des taux d'IVG de chaque âge.

Champ • France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, y compris SSA mais non compris MSA et RSI jusqu'en 2009.

Sources • DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAMTS, SNIIRAM, traitements DREES ; INSEE, population par âge.

Les achats de médicaments dans les établissements de santé

En 2012, les médicaments figurant sur la liste hors groupe homogène de séjours représentent près de 60 % de l'ensemble des achats de médicaments dans les établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM (hors Mayotte), hors le service de santé des armées. Les médicaments anticancéreux sont les médicaments de la liste les plus achetés. Cette étude est réalisée à partir des données du recueil sur les médicaments de la DREES et des données d'achat de molécules onéreuses de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Des achats de médicaments estimés à 5,9 milliards d'euros en 2012, dont 3,5 de molécules onéreuses, facturables en sus de l'activité ou rétrocédables

En 2012, les achats de médicaments des établissements de santé ont atteint 5,9 milliards d'euros toutes taxes comprises. Les dépenses des centres hospitaliers universitaires (CHU) et celles des autres établissements publics représentent chacune plus du tiers des achats de médicaments des établissements. Le reste de cette dépense se répartit entre les centres de lutte contre le cancer (CLCC, 5 %), les autres établissements privés à but non lucratif (5 %) et les cliniques privées (15 %). 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]) afin de garantir l'égal accès aux soins. Elle concerne des produits onéreux qui seraient susceptibles d'introduire une hétérogénéité dans la distribution du coût du groupe homogène de malades (GHM) en raison de leur prix. Une partie de ces médicaments peut également être rétrocédée, c'est-à-dire délivrée directement à des patients non hospitalisés. En 2012, sur les 5,9 milliards d'euros d'achats de médicaments des établissements de santé, 3,5 milliards, soit près de 60 %, correspondent à des médicaments inscrits sur la liste hors GHS, qu'ils soient délivrés dans le cadre du séjour du patient ou rétrocédés. Hors médicaments rétrocédés, l'achat

de médicaments réellement consommés au sein des établissements de santé représente 4,3 milliards d'euros, dont 2,6 en molécules onéreuses. La part des molécules onéreuses dans l'ensemble des dépenses de médicaments varie selon la catégorie de l'établissement, mais reste toujours importante. Ainsi, les molécules onéreuses représentent 78 % des achats totaux de médicaments dans les CLCC et plus de la moitié des dépenses pour les autres établissements (graphique 1). En revanche, en volume, la part de ces médicaments rapportée à l'ensemble des achats est très faible.

La classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs concentre la majorité des achats de molécules onéreuses

Parmi les médicaments de la liste en sus, la classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs, qui permet de traiter le cancer, est le poste de dépenses le plus important, particulièrement dans les CLCC et les établissements privés à but lucratif où les achats dans cette classe représentent respectivement 94 % et 71 % de l'ensemble des achats de médicaments de cette catégorie d'établissements (graphique 2). Dans les autres établissements, cette classe représente la majorité des dépenses des médicaments de la liste en sus. Les autres classes de médicaments les plus consommés sont celle des anti-infectieux à usage systémique qui traitent les infections, et celle du sang et organes hématopoïétiques, qui permettent de traiter les maladies du sang.

Avertissement

L'apparition d'une nouvelle nomenclature des GHS a contraint à changer de méthodologie pour l'édition 2012 du *Panorama des établissements de santé*. Ainsi, les chiffrages présentés ici ne concernent plus des données de consommation, mais des données d'achat. Elles incluent donc les médicaments consommés, mais aussi les médicaments rétrocédés. Par conséquent, les chiffres des éditions 2013 et 2014 ne sont pas directement comparables avec ceux des années précédentes.

Champ

France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors le service de santé des armées (SSA). Le champ de cette étude est celui du recueil sur les médicaments de la DREES. Sont donc exclus les établissements

ayant une activité en soins de longue durée, les centres de dialyse, les hôpitaux locaux, l'hospitalisation à domicile, contrairement aux données du Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS) [groupement d'intérêt économique créé par les entreprises de l'industrie pharmaceutique] reprises par le rapport d'activité du Comité économique des produits de santé, et qui sont par ailleurs hors taxes.

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.

La liste est composée principalement d'anticancéreux (classe ATC L01), de médicaments composés d'erythropoïétine (classe ATC B03), de facteurs de la coagulation (classe ATC B02) et d'immunoglobulines humaines (classe ATC J06).

• **Classe thérapeutique :** le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) est utilisé pour classer les médicaments. Les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

• **Rétrocession de médicaments :** les établissements publics ont la possibilité de vendre des médicaments à des patients. La rétrocession de médicaments recouvre leur délivrance par une pharmacie hospitalière à des patients qui ne sont pas hospitalisés.

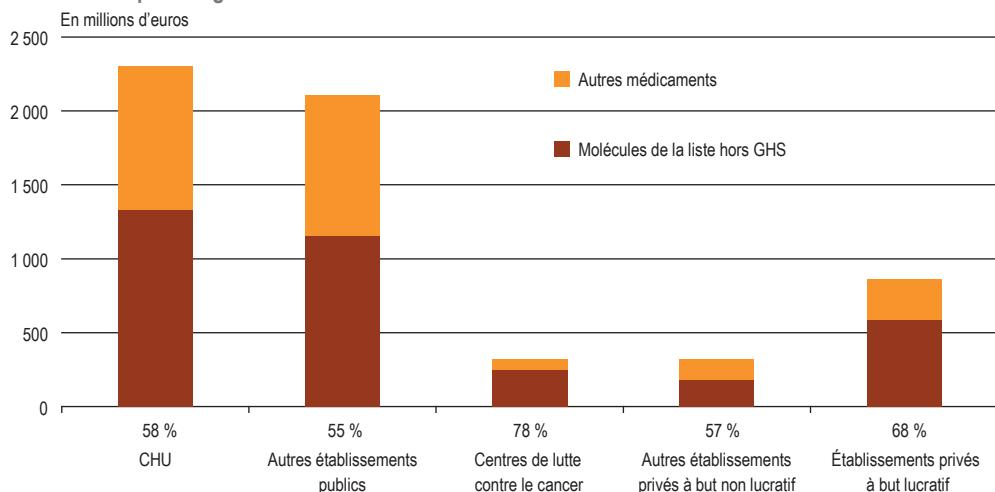
Pour en savoir plus

- DGOS, 2012, Rapport 2012 au Parlement sur le financement des établissements de santé

Sources

Le recueil d'informations sur le médicament dans les établissements de santé organisé par la DREES permet de connaître pour chaque établissement 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 MCO est d'environ 80 %. Les données d'achat de molécules onéreuses de l'ATIH sont des remontées d'informations par les établissements de santé sur leurs achats de molécules onéreuses pour en obtenir le remboursement.

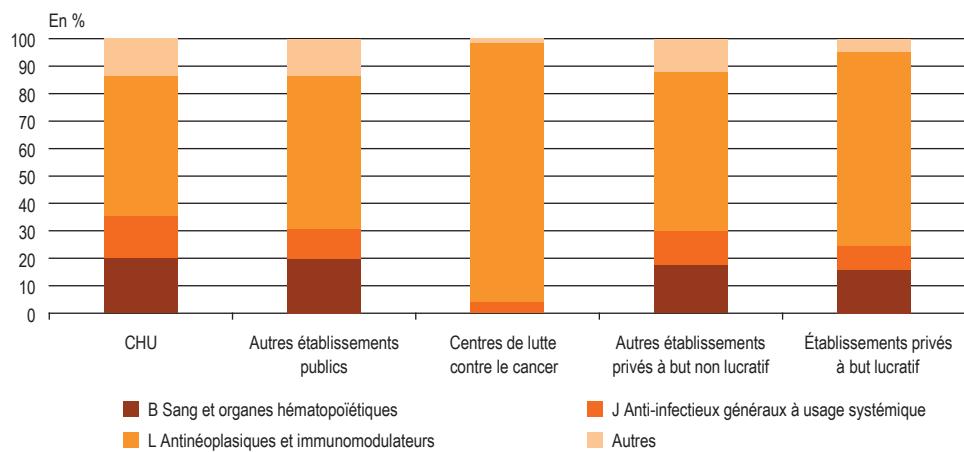
GRAPHIQUE 1 ● Dépenses de médicaments à l'achat et part des médicaments facturables en sus par catégorie d'établissements en 2012



Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA.

Sources • Recueil sur les médicaments, DREES, 2012 ; FICHCOMP et RSFA, ATIH, 2012.

GRAPHIQUE 2 ● Répartition des dépenses de médicaments de la liste hors GHS par classe thérapeutique en 2012



Champ • France métropolitaine et DOM (hors Mayotte), hors SSA.

Sources • Recueil sur les médicaments, DREES, 2012.

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 à but lucratif
- La situation économique et financière des établissements privés d'intérêt collectif
- La situation économique et financière des hôpitaux publics

La part des établissements de santé dans la consommation de soins

Avec 86,7 milliards d'euros en 2013, le secteur hospitalier (établissements des secteurs public et privé) représente 46,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,8 % de la consommation totale des ménages (évaluation de la base 2010). L'Assurance maladie finance 91 % des dépenses de soins hospitaliers en 2013.

La consommation de soins hospitaliers s'élève à 86,7 milliards d'euros en 2013

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique), moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et en psychiatrie donne lieu à une dépense de soins s'élevant à 86,7 milliards d'euros en 2013 (tableau 1). À 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 infirmiers à domicile (SSIAD), 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 assez stable : elle est passée de 45,9 % en 2006 à 46,4 % en 2013. Pour la situer dans l'ensemble de l'économie, la consommation de soins hospitaliers représente 5,8 % de la consommation totale effective des ménages en 2013. Cette part a légèrement augmenté depuis 2006 (+0,3 point [graphique 1]).

De 2006 à 2013, la consommation de soins hospitaliers progresse en moyenne à un rythme proche de celui de la consommation totale de soins et de biens médicaux (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 66,8 milliards d'euros en 2013. Elle croît de 2,6 % en valeur en 2013

comme en 2012, soit un rythme de croissance bien en deçà de celui du début des années 2000 (de l'ordre de 5 % par an). 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 19,9 milliards d'euros en 2013. Sa croissance en valeur ralentit nettement depuis trois ans : +1,8 % en 2013 après +2,5 % en 2012 et +2,6 % en 2011.

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers : 91 % en 2013 contre 76 % pour l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (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 tarif. L'intervention des autres financeurs est donc très faible. La part des organismes complémentaires est cependant en progression depuis sept ans (5,3 % en 2013 contre 4,4 % en 2006) tandis que la part de la Sécurité sociale diminue (91 % en 2013 contre 92 % en 2006). 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 fin 2007 de la participation des assurés de 18 euros pour les actes « lourds » (cotés K50 ou supérieurs à un coût de 91 euros) a 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 2013, en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (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 des besoins individuels des assurés du régime français d'As-

surance maladie ou des personnes prises en charge par l'aide médicale d'État (AME). Son évaluation a été révisée à l'occasion du passage en base 2010 des Comptes nationaux. La consommation de soins et de biens médicaux 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 des dépenses de santé, c'est-à-dire les

remboursements de l'Assurance maladie, et les dépenses d'éducation).

Pour en savoir plus

- *Comptes nationaux de la santé en 2013 – édition 2014*, coll. Études et Statistiques, septembre, DREES.

Sources

Les Comptes de la santé constituent un compte satellite des comptes de la nation. Comme ces derniers, ils ont fait l'objet d'un changement de base en 2014 et sont établis selon les concepts de la base 2010.

TABLEAU 1 ● Consommation de soins hospitaliers et consommation de soins et de biens médicaux

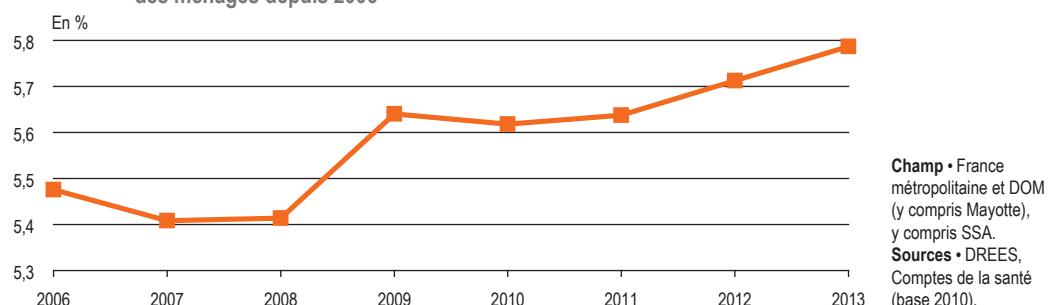
En millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Consommation de soins et de biens médicaux	153 664	159 894	165 051	170 152	174 139	178 867	182 653	186 749
Consommation de soins hospitaliers, dont :	70 584	72 877	75 342	78 301	80 326	82 408	84 547	86 707
Soins hospitaliers en secteur public	54 385	56 241	57 939	60 211	61 701	63 294	64 963	66 770
Soins hospitaliers en secteur privé	16 199	16 636	17 403	18 089	18 625	19 113	19 585	19 938
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et biens médicaux	45,9 %	45,6 %	45,6 %	46,0 %	46,1 %	46,1 %	46,3 %	46,4 %

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

Sources • DREES, Comptes de la santé (base 2010).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 2006



GRAPHIQUE 2 ● Évolution annuelle de la consommation de soins hospitaliers et de la consommation de soins et biens médicaux depuis 2006

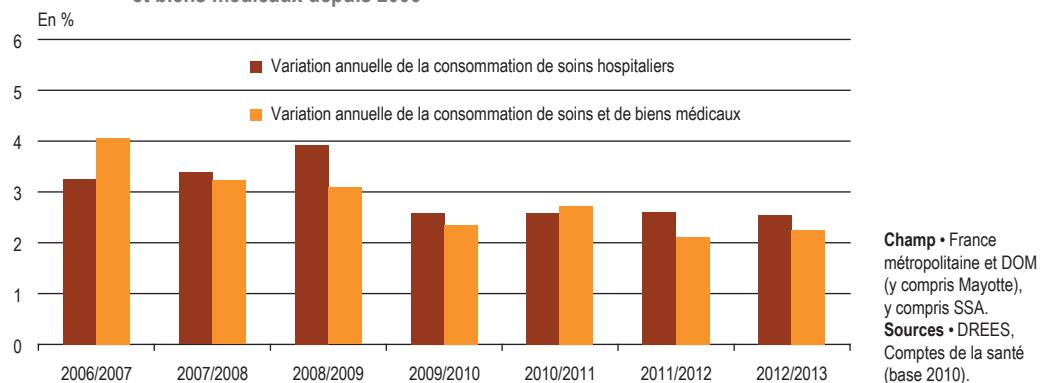


TABLEAU 2 ● Structure de financement de la consommation de soins en 2013

	Consommation de soins et de biens médicaux	Consommation de soins hospitaliers
Sécurité sociale de base (1)	76,0	91,0
Etat et CMU-C organismes de base (2)	1,4	1,3
Organismes complémentaires (3)	13,8	5,3
Ménages	8,8	2,4
Ensemble	100,0	100,0

- Y compris déficit des hôpitaux publics.
- CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

3. Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

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

Sources • DREES - Comptes de la santé (base 2010).

La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif

En 2012, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 13,6 milliards d'euros. Après une hausse en 2011 liée à des opérations immobilières, la rentabilité nette diminue en 2012 pour atteindre 1,8 % du chiffre d'affaires, niveau proche de ceux observés sur la période 2008-2010. L'endettement des cliniques en MCO augmente (45 %) malgré un effort d'investissement qui poursuit sa baisse.

En 2012, une rentabilité contrastée selon le secteur d'activité...

La rentabilité nette des cliniques privées, qui rapporte leur résultat net à leur chiffre d'affaires, est évaluée, en 2012, à 1,8 % (tableau). Elle baisse de 0,8 point par rapport à 2011 (graphique 1), ce qui la ramène au niveau observé lors de la période 2008-2010. Cette dégradation en 2012 s'explique par des opérations de cessions immobilières exceptionnelles en 2011 de certaines cliniques en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), qui ont transitoirement augmenté le résultat net de cette année-là. Les niveaux de rentabilité sont de ce fait très variables selon le secteur d'activité. La rentabilité des cliniques du secteur de MCO (1,2 %) baisse de 1,2 point par rapport à 2011, une diminution logique compte tenu des facteurs exceptionnels de 2011. Elle atteint un niveau légèrement plus bas que ceux observés entre 2008 et 2010. La rentabilité nette des cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR), non concernées par ces opérations exceptionnelles de 2011, repart à la hausse en 2012 (+0,3 point) après deux années de baisse. Au final, les cliniques psychiatriques demeurent les plus rentables en 2012 (+5,2 %), devant les cliniques de SSR (+3,2 %) malgré une diminution du résultat net.

... avec une baisse continue de la rentabilité d'exploitation depuis 2010 pour le secteur de MCO

En décomposant le résultat net, on observe que le résultat d'exploitation des cliniques en MCO, mesurant les opérations liées à l'exploitation normale et courante de l'établissement, continue de baisser en 2012 (-0,2 point), si bien qu'en deux ans, le résultat d'exploitation des cliniques en MCO a baissé d'un point et est estimé à 2,6 % du chiffre d'affaires. Ce niveau est légèrement plus bas que celui observé en 2008 (2,8 %). En 2011, la baisse du résultat d'exploitation s'expliquait notamment par la hausse, dans une proportion similaire, du poste de charges « autres achats et charges externes », en particulier celle des loyers (ceux-ci ayant presque doublé par rapport à 2010). Entre 2010 et 2011, la part des loyers à la charge des cliniques privées est passée de 0,8 % à 1,4 % du chiffre

d'affaires. En 2012, ce poste de charges se maintient à 1,4 % du chiffre d'affaires, limitant ainsi la progression du résultat d'exploitation.

Une clinique en MCO sur trois est en déficit

Comme en 2011, la situation économique des cliniques privées, globalement excédentaires, présente une grande hétérogénéité pour l'année 2012. La part des cliniques privées en déficit reste globalement stable en 2012 à près de 30 %. Cette part atteint 33 % dans le secteur de MCO, 16 % dans le secteur de la psychiatrie et 21 % pour les cliniques de SSR.

Les investissements continuent de ralentir

La capacité d'autofinancement (CAF) reste relativement stable : autour de 4 % du chiffre d'affaires. Contrairement à 2011, la CAF diminue dans les cliniques en MCO, passant de 3,9 % en 2011 à 3,8 % en 2012. Cependant, elle reste à un niveau comparable à celui observé ces dernières années : légèrement en dessous de celui de 2011, mais au-dessus de ceux de 2008 et 2009. Après une baisse continue depuis 2007, la CAF des cliniques de SSR augmente en 2012 pour atteindre 5,2 % du chiffre d'affaires. Celle des cliniques psychiatriques, malgré une diminution d'un point, reste à un niveau élevé (7,2 % du CA). Globalement, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant à la part de ces investissements réalisés sur l'année dans le chiffre d'affaires, continue son ralentissement observé depuis 2009 : en 2012, l'investissement représente 5 % du chiffre d'affaires contre 5,3 % en 2011 (graphique 2). Les cliniques de psychiatrie et de SSR connaissent une reprise de l'investissement en 2012. Après une baisse en 2011, l'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur les capitaux permanents, repart à la hausse en 2012 pour atteindre 43,4 % des capitaux permanents pour ces dernières. Cette augmentation concerne principalement les cliniques en MCO : l'endettement représente 45 % des capitaux permanents. En revanche, celui des cliniques de SSR et de psychiatrie continue de baisser en 2012 : il s'établit respectivement à 39,5 % et 29,5 %.

Champ

Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce, avec parfois du retard. Les données de 2012 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DOM (y compris Mayotte) ayant déposé leurs lasses fiscales aux tribunaux de commerce. Ces chiffres ont été croisés avec l'enquête SAE 2012 afin de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées. Au final, 841 comptes sont étudiés pour l'année 2012, permettant notamment le calcul de la rentabilité nette. Un redressement des données par le recours à un calage

sur marges permet, par une réordonnancement des données, de rendre l'échantillon de cliniques représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie donne une estimation plus précise du chiffre d'affaires total des cliniques ainsi que des 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, etc.
- **Capacité d'autofinancement (CAF)** : elle mesure les ressources restant à

disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.

- **Chiffre d'affaires (CA)** : il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la Sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).

- **Excédent brut d'exploitation (EBE) ou marge d'exploitation** : solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. L'EBE est obtenu en soustrayant

au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.

- **Résultat net comptable** : solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

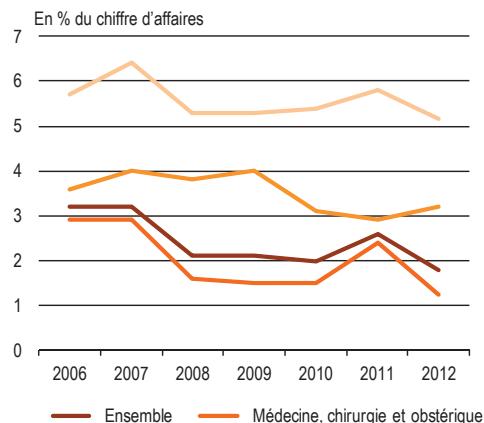
Pour en savoir plus

- Yilmaz E., 2014, « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2012 », *Comptes nationaux de la santé 2013 – édition 2014*, Études et Statistiques, DREES.

Sources

Comptes des cliniques privées transmis aux tribunaux de commerce. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM (y compris Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2012, calculs DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées

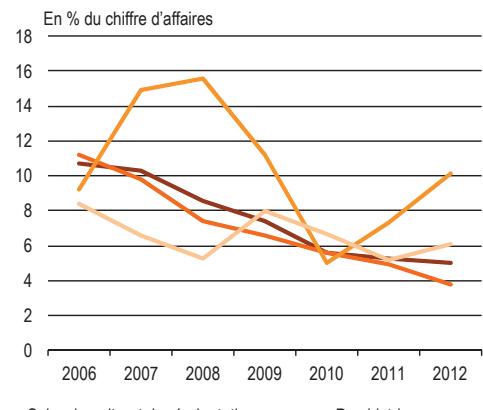


TABLEAU ● Compte de résultat des cliniques privées

	2009	2010	2011	2012
Chiffre d'affaires total (en milliards d'euros)	12 334	12 508	13 050	13 583
Nombre de cliniques dans la population	1 095	1 084	1 076	1 064
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	11,3	11,5	12,1	12,8
Achats et charges externes (en % du chiffre d'affaires), dont :	-45,1 %	-45,0 %	-45,3 %	-45,2 %
achats consommés	-17,4 %	-17,7 %	-17,4 %	-17,2 %
autres achats et charges externes	-27,8 %	-27,3 %	-27,9 %	-28,0 %
variation de stocks	0,1 %	0,0 %	0,0 %	-0,0 %
Frais de personnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	-43,8 %	-44,0 %	-43,9 %	-43,9 %
salaires bruts	-31,6 %	-31,2 %	-31,0 %	-31,2 %
charges sociales	-12,2 %	-12,8 %	-12,9 %	-12,8 %
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du chiffre d'affaires), dont :	-5,0 %	-5,0 %	-5,1 %	-5,3 %
impôts, taxes et versements assimilés	-5,9 %	-5,7 %	-5,7 %	-6,0 %
subvention d'exploitation	0,9 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %
Excédent brut d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	6,1 %	6,1 %	5,7 %	5,6 %
Autres opérations d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
Dotations nettes aux amortissements (en % du chiffre d'affaires)	-1,8 %	-1,8 %	-2,1 %	-2,2 %
Résultat d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	4,2 %	4,4 %	3,7 %	3,5 %
Résultat financier, dont :	-0,4 %	-0,4 %	-0,3 %	-0,3 %
produits financiers	0,7 %	0,6 %	1,0 %	0,9 %
charges financières	-1,1 %	-1,1 %	-1,3 %	-1,2 %
Résultat courant (exploitation + financier)	3,8 %	4,0 %	3,4 %	3,2 %
Résultat exceptionnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	0,1 %	-0,2 %	1,1 %	0,1 %
produits exceptionnels	2,3 %	2,5 %	3,0 %	2,1 %
charges exceptionnelles	-2,1 %	-2,6 %	-1,9 %	-2,0 %
Participation des salariés (en % du chiffre d'affaires)	-0,4 %	-0,4 %	-0,4 %	-0,3 %
Impôts sur les bénéfices (en % du chiffre d'affaires)	-1,4 %	-1,4 %	-1,5 %	-1,2 %
Résultat net (en % du chiffre d'affaires)	2,1 %	2,0 %	2,6 %	1,8 %

Lecture • Rapportés au chiffre d'affaires, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à un chiffre.

Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM (y compris Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2012, calculs DREES.

La situation économique et financière des établissements privés d'intérêt collectif

Depuis 2008, les établissements privés d'intérêt collectif, anciennement sous dotation globale, enregistrent un déficit malgré une amélioration en 2012. Ce dernier représente 0,2 % des produits totaux. Un tiers de ces établissements sont déficitaires. Les investissements représentent 7,4 % des produits totaux.

Les comptes financiers des établissements privés d'intérêt collectif sont déficitaires

En 2012, le résultat net des établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC), anciennement sous dotation globale (ex-DG), est déficitaire de près de 26 millions d'euros, soit 0,2 % des produits totaux (tableau 1). Malgré cette situation déficitaire en 2012, les comptes financiers s'améliorent depuis 2010. Cette amélioration concerne principalement les établissements pratiquant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) – le déficit représente 0,3 % des produits contre 1,2 % en 2010 –, ainsi que les établissements de psychiatrie pour lesquels les comptes financiers sont à l'équilibre en 2012. En revanche, la situation financière des établissements spécialisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) se dégrade et devient déficitaire en 2012 : le déficit représente 0,1 % des produits. Enfin, la situation des centres de lutte contre le cancer (CLCC) continue de se dégrader en 2012.

Comme pour le secteur public et le secteur privé lucratif, plus d'un tiers des ESPIC, ex-DG, sont en déficit (graphique 1). Cette part d'établissements déficitaires est relativement stable sur la période 2008-2012. Toutefois, parallèlement à l'amélioration des comptes financiers des établissements de MCO, la part d'établissements de MCO déficitaires s'est également réduite, passant de 47 % en 2010 à 39 % en 2012.

En 2012, l'Assurance maladie finance 81 % des produits des ESPIC, ex-DG

Comme pour le secteur public, l'Assurance maladie finance en grande partie les ESPIC, ex-DG : 81 % des produits de ces établissements sont classés en titre 1 du budget principal. Cette part est assez homogène entre catégories d'établissements : elle varie de 80,5 % pour les CLCC à 83,4 % pour les établissements de psychiatrie (graphique 2). Les produits du titre 2, c'est-à-dire principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers,

constituent 6 % des recettes totales. Cette part est relativement homogène, excepté pour les CLCC. Les autres produits (titre 3) représentent, quant à eux, 13 % des produits totaux.

La part des charges de personnel plus élevée dans le secteur psychiatrique

Les charges relatives au personnel (titre 1) représentent 63 % des charges du secteur en 2012 (graphique 3). Cette part est plus forte pour les établissements spécialisés en psychiatrie (72 %) et en SSR (71 %), et descend jusqu'à 52 % pour les CLCC. Cette faible part pour les CLCC s'explique par l'importance des charges à caractère médical en raison du coût élevé des médicaments pour les traitements du cancer : elles représentent 26 % des charges pour les CLCC contre 17 % pour les établissements de MCO, et autour de 5 % pour les établissements de psychiatrie et de SSR.

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) représentent 14 % des charges des établissements privés d'intérêt collectif ex-DG, variant de 11 % pour les CLCC à 16 % pour les établissements de SSR et de psychiatrie.

Les amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles (titre 4) représentent 9 % des charges des établissements privés d'intérêt collectif ex-DG en 2012. Ces charges sont comprises entre 8 % pour les établissements de psychiatrie et de SSR, et 11 % pour les CLCC.

En 2012, les investissements représentent 7,4 % des produits totaux

Sur la période 2009-2012, malgré une évolution erratique, le montant des investissements reste à un niveau assez stable à près de 8 % des recettes totales. En 2012, l'effort d'investissement représente 7,4 %. Cet effort d'investissement est plus soutenu pour les CLCC (9,5 %) ainsi que pour les établissements spécialisés en SSR (9,1 %). Pour les établissements de MCO et de psychiatrie, les investissements ont représenté en 2012 respectivement 6,1 % et 5,5 % des recettes totales.

Champ

France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte). Cette fiche porte sur les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) anciennement sous dotation globale (ex-DG). Les données financières sont issues de l'enquête Comptes financiers, réalisée par l'ATIH et collectées auprès des établissements de santé antérieurement sous dotation globale. En 2012, les données de 551 établissements sont étudiées. Les établissements sont classés en quatre catégories selon la nature de leur activité :
– les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ;

- les établissements pratiquant de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO) ;
- les établissements spécialisés en psychiatrie (PSY) ;
- les établissements spécialisés en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Ce classement a été réalisé à partir du croisement de ces données financières avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) qui fournit des informations sur l'activité des établissements de santé.

Définitions

- Etablissements privés d'intérêt collectif (ESPIC), anciennement

sous dotation globale (ex-DG) : les différents statuts juridiques des établissements ainsi que leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

- **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.

- **Budget principal** : il présente les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie.

- **Effort d'investissement** : il permet de rapporter le niveau de l'investissement au niveau de l'activité de l'établissement.

Pour en savoir plus

- Yilmaz E., 2014, « La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et 2013 », *Comptes nationaux de la santé 2013 – édition 2014*, Études et Statistiques, DREES.

Sources

- Enquête Comptes financiers, réalisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

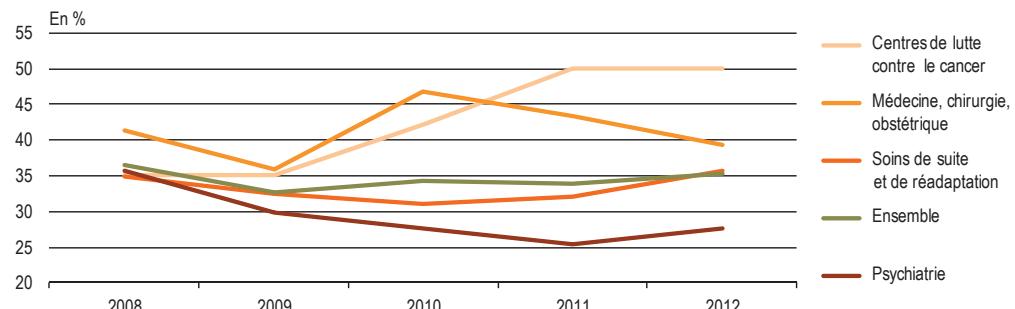
TABLEAU ● Excédent ou déficit des établissements privés d'intérêt collectif entre 2008 et 2012

		2008	2009	2010	2011	2012
Ensemble	en millions d'euros	-7,0	-7,2	-55,5	-33,4	-26,0
	en % des produits	-0,1	-0,1	-0,5	-0,3	-0,2
Centre de lutte contre le cancer (CLCC)		0,1	-0,0	-0,3	-0,3	-0,5
Autres établissements privés à but non lucratif dont :		-0,2	-0,2	-0,7	-0,4	-0,2
médecine, chirurgie, obstétrique	en % des produits	-0,7	-0,5	-1,2	-0,9	-0,3
psychiatrie		0,5	-0,1	-0,3	-0,2	-0,0
soins de suite de réadaptation		0,6	0,6	0,3	0,6	-0,1

Champ • France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte).

Sources • ATIH-SAE, calculs DREES.

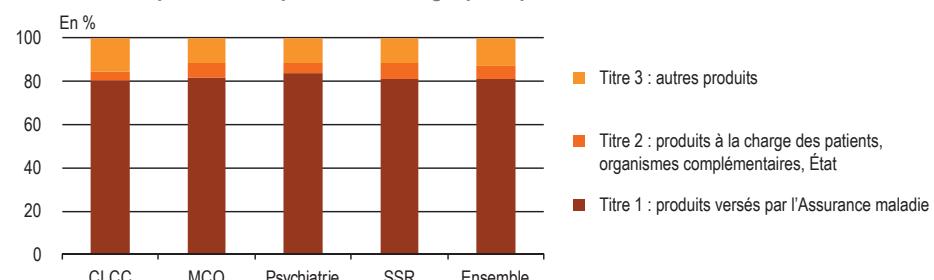
GRAPHIQUE 1 ● Évolution de la part des établissements déficitaires entre 2008 et 2012



Champ • France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte).

Sources • ATIH-SAE, calculs DREES.

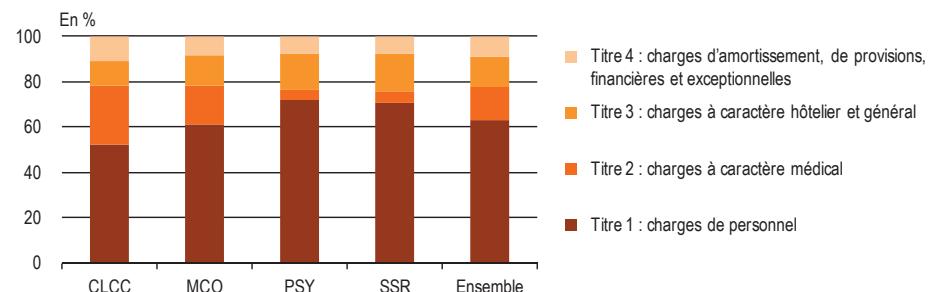
GRAPHIQUE 2 ● Répartition des produits du budget principal en 2012



Champ : France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte).

Sources : ATIH-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 3 ● Répartition des charges du budget principal en 2012



Champ • France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte).

Sources • ATIH-SAE, calculs DREES.

La situation économique et financière des hôpitaux publics

Les résultats provisoires relatifs à l'année 2013 indiquent une légère dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics : ceux-ci enregistrent un déficit de leur résultat net de près de 100 millions d'euros en 2013, soit environ 0,2 % des produits. Toutefois, ce niveau de déficit est moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011.

Les comptes financiers des hôpitaux publics redeviennent légèrement déficitaires en 2013

En 2013, le résultat net des hôpitaux publics redeviennent déficitaire de près de 100 millions d'euros, soit 0,2 % des produits (tableau). Toutefois, malgré ce résultat négatif en 2013, le niveau du déficit reste d'ampleur moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011. Le redressement des comptes en 2012 a été dû en partie à des facteurs exceptionnels (opérations de fin d'exercice, notamment une diminution des dotations aux provisions, etc.). En 2013, cette détérioration du résultat net s'explique en grande partie par la dégradation du résultat d'exploitation qui diminuerait pour la première fois depuis 2007 (graphique 1).

Les produits des établissements publics sont estimés à près de 73,4 milliards d'euros en 2013

Bien que moins dynamique, le rythme de progression des produits totaux hors rétrocension de médicaments se poursuit en 2013 (+2 % en 2013 contre +2,6 % en 2012). Ces produits atteignent 73,4 milliards d'euros, dont 64,5 milliards imputables au budget principal. Ce budget principal est ventilé en trois titres de produits et en quatre titres de charges. Avec près de 50 milliards d'euros, les produits versés par l'Assurance maladie (titre 1) ont diminué de 0,1 % en 2013. Ils sont constitués principalement des produits de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2), retraçant principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, progressent de 3,6 % pour atteindre 5,6 milliards d'euros en 2013. Enfin, les autres produits (titre 3) augmentent de 14,3 % pour s'établir à 9 milliards d'euros. Ils correspondent, par exemple, aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement. Comme en 2012, cette forte augmentation est liée notamment à la poursuite du transfert d'une partie de l'enveloppe consacrée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), classées en titre 1, vers le Fonds d'intervention régional (FIR), classé en titre 3 pour l'année 2012.

73,5 milliards d'euros de charges pour le secteur public en 2013

En 2013, les charges du secteur public sont estimées à 73,5 milliards d'euros, dont 88 % sont comptabilisées en bud-

Champ

France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), hors le service de santé des armées (SSA). Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 920 en 2013. Seuls les produits hors rétrocension 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 CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

- **Rétrocension de médicaments** : les établissements publics ont la possibilité de vendre des médicaments à des patients. La rétrocension de médicaments recouvre leur délivrance par une pharmacie hospitalière à des patients qui ne sont pas hospitalisés.
- **Le résultat d'exploitation** fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement.

get principal. Contrairement à 2012, l'évolution des charges est supérieure à celle des produits : +2,2 % pour les charges contre +2 % pour les produits. La progression des charges s'explique par une augmentation des charges de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses. Pour le seul budget principal, ces charges s'élèvent à 43 milliards d'euros (titre 1), soit une augmentation de 3 % en 2013 contre +2,4 % en 2012. Cette augmentation s'explique en partie par celle liée aux charges de sécurité sociale et de prévoyance, notamment le relèvement en 2013 de 1,35 point du taux de cotisation pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Les charges à caractère médical (titre 2) ainsi que les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) progressent respectivement de 3,7 % et 3,2 % en 2013 et atteignent respectivement 8,8 et 6,6 milliards d'euros pour le budget principal. Quant aux charges d'amortissements, frais financiers et charges exceptionnelles (titre 4), elles continuent de diminuer en 2013 (-4,6 %) pour atteindre 6,4 milliards d'euros en 2013.

Les capacités d'autofinancement baissent en 2013

Les investissements continuent de baisser pour atteindre 5 milliards d'euros en 2013. La part des dépenses d'investissement rapportées aux recettes produites par l'activité hospitalière est passée de 10,9 % en 2009 à 7,6 % en 2013 (graphique 2). Parallèlement à la diminution de l'effort d'investissements, l'encours de la dette des hôpitaux publics continue de croître à un rythme plus modéré pour atteindre 29,1 milliards d'euros en 2013, dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Le taux d'indépendance financière, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), est ainsi passé de 47,4 % en 2010 à près de 50 % en 2013 (graphique 3). Avec la diminution des capacités d'autofinancement, le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, continuera de se dégrader en 2013. Ce ratio s'établirait à 7,6 années en 2013 contre 6,8 années en 2012.

- **Le résultat exceptionnel** comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.

- **Le résultat financier** concerne les produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

- **Budget principal** : il présente les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie.

Pour en savoir plus

- Yilmaz E., 2014, « La situation économique et financière des hôpitaux

publics en 2012 et 2013 », *Comptes nationaux de la santé 2013 – édition 2014*, 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. Les données de la DGFIP ont été croisées avec la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) afin de conserver dans le champ de l'étude uniquement les établissements sanitaires.

TABLEAU ● Excédent ou déficit des hôpitaux publics entre 2002 et 2013

En % des produits

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*
Ensemble des hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4**	-0,9	-0,6	-0,4	-0,4	-0,6	0,2	-0,2
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7*	-0,2	0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3	-0,1
Autres centres hospitaliers régionaux	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9	-1,1	0,2	-0,3
Grands centres hospitaliers	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1	-0,0
Moyens centres hospitaliers	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	-0,0	-0,7	-1,1	-0,0	-0,7
Petits centres hospitaliers	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,4	0,7
Hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,3	0,7
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,4	0,4	-0,1

* Données provisoires.

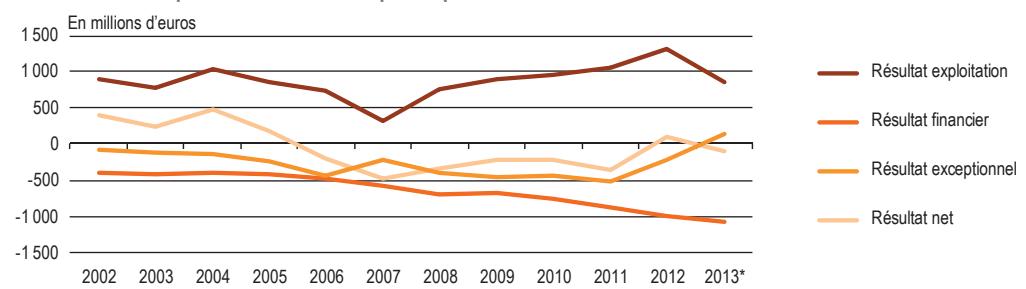
** Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité économique de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

Note • 1 CH est devenu CHR en 2012.

Champ • France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), hors SSA.

Sources • DGFiP-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 1 ● Compte de résultat des hôpitaux publics entre 2002 et 2013

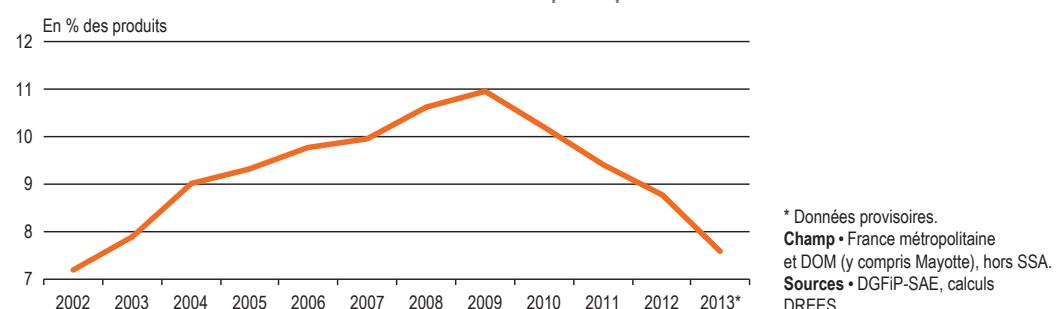


* Données provisoires.

Champ • France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), hors SSA.

Sources • DGFiP-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics entre 2002 et 2013

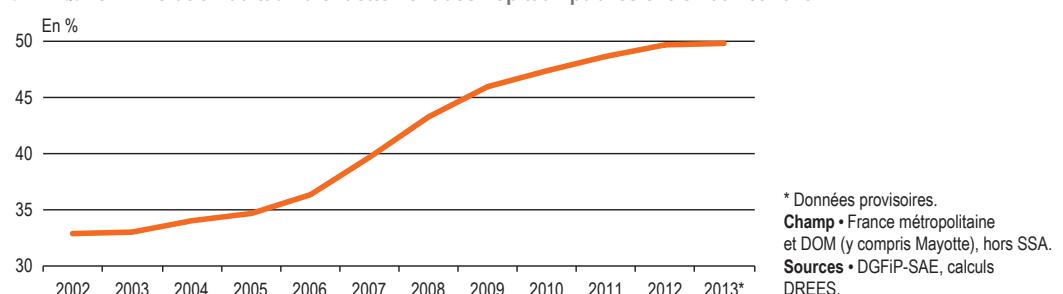


* Données provisoires.

Champ • France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), hors SSA.

Sources • DGFiP-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 3 ● Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2013



* Données provisoires.

Champ • France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), hors SSA.

Sources • DGFiP-SAE, calculs DREES.

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, obstétrique et odontologie (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'informations 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), incluant les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins¹. Sont également compris les services des établissements de santé assurant la prise en charge sanitaire des détenus et les établissements du service de santé des armées. Les données des établissements du service de santé des armées sont intégrées dans les résultats des années 2010 à 2012, sauf indication contraire, et ce, à la différence des éditions précédentes.

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. 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. Il peut toutefois exister une double interrogation, qui permet d'obtenir une information agrégée consolidée avec en complément une localisation plus fine des équipements et de l'activité, mais qui génère 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 certaines activités de soins comme la dialyse et les soins de suite et de réadaptation. Cette double interrogation peut expliquer de légers écarts sur les mesures de l'activité et des capacités, selon que l'on prend en compte les données déclarées par les entités juridiques ou le cumul des déclarations de leurs entités géographiques.

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 de la Santé. Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (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'informations médicalisées 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, depuis 1997. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique, MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit. Celui-ci fournit des informations qui 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), éventuellement complétées d'extensions ATIH pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM). La version 11d de la classification des GHM est utilisée dans cet ouvrage. La nomenclature des GHM en V11d comportant près de 2 500 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 en MCO : certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, entre autres, n'y répondent pas. Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements

1. Les activités de soins suivantes : assistance médicale à la procréation (AMP), transplantations et prélèvements d'organes font l'objet de recueils d'informations distincts et ne sont donc pas concernées.

au PMSI-MCO. Du fait de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI au fil du temps, et en particulier depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ce redressement n'est plus nécessaire.

En médecine, chirurgie et 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.

• 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.

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 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 comportant au moins une nuit 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'affectation se fera en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates 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 en 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, etc.), d'autre part, les prises en charge des populations (enfants, adolescents et personnes âgées).

• Le recueil PMSI-SSR

Le PMSI-SSR recueille depuis 2003, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation). La morbidité est détaillée grâce au recueil de la finalité principale de prise en charge (FPPC), de la manifestation morbide principale (MMP), de l'affection étiologique (AE), pour ce qui est de la morbidité principale, et des diagnostics associés (DAS) pour la morbidité secondaire. La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les RHS dans l'une des 13 catégories majeures cliniques (CMC) à partir de tests effectués sur les trois variables de la morbidité principale. Lorsque la CMC est déterminée, le RHS est orienté, selon l'âge du patient (plus ou moins de 18 ans) puis selon l'analyse des diagnostics, dans l'un des 31 groupes de morbidités dominantes (GMD) pédiatriques ou des 52 GMD adultes. Une catégorie majeure supplémentaire est réservée aux prises en charge non groupables (CM90).

La nomenclature utilisée pour le codage des variables de morbidité est la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (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.

Le catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) décrivant les actes de rééducation et de réadaptation a été publié en 2012. Il est destiné à décrire et coder l'activité des professionnels concernés dans les établissements de SSR, dans le cadre du recueil d'informations pour le PMSI en SSR. L'utilisation exclusive de ce catalogue a débuté en 2013.

• **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 par la DREES 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 2012, certains établissements n'ont pas fourni un recueil valide du PMSI-SSR : le taux de couverture du PMSI est estimé à 98 %. 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. En revanche, 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, et ce, depuis 2005. 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 2012, la couverture du PMSI-HAD est

quasi exhaustive, à quatre 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'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) a été mis en place par la DGOS et l'ATIH dans l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie en 2006. Il fournit une description médicale détaillée de l'activité d'hospitalisation et ambulatoire. En 2011, 95 % des établissements de santé de psychiatrie (soit 552) ont remonté leurs données à l'ATIH. En termes d'activité, l'exhaustivité du recueil est de 98 % pour les journées d'hospitalisation à temps plein et les venues en temps partiel, et de 80 % pour l'activité ambulatoire en centre médico-psychologique (CMP), lorsque l'on compare les données du RIM-P à celles de la SAE.

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 sectorisée ou non 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. Les rapports d'activité de psychiatrie visent 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. Le renouvellement de cette enquête pourra de nouveau être envisagé dans les années à venir sous une forme qui reste à définir.

• **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).

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. 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 spécifiques 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 2009. 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 le 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'effectifs, 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 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. Par ailleurs, le champ des DADS est plus large que celui de la SAE, à partir de l'exercice 2011. Les DADS concernent l'ensemble des emplois des entités juridiques sanitaires, tandis que la SAE comptabilise le personnel des établissements sanitaires uniquement, à l'exclusion des emplois des établissements médico-sociaux et de formation dépendant d'entités juridiques sanitaires.

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. 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 revenu net fiscal disponible dans la DADS ou dans le SIASP. Il est net de toutes cotisations sociales, y compris la CSG (contribution sociale généralisée) et la 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.

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 société EllispHERE pour les cliniques privées à but lucratif. Ces dernières déposent leurs liasses fiscales auprès des tribunaux de commerce. Pour les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC), ce sont les données de l'enquête Comptes financiers, réalisée par l'ATIH, qui sont utilisées.

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, obstétrique et odontologie 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.

SIGLES

AC : aide à la contractualisation
AE : affection étiologique
AHU : assistant hospitalier universitaire
AIT : accidents ischémiques transitoires
ALD : affection de longue durée
AME : aide médicale d'État
AMP : assistance médicale à la procréation
AMUF : Association des médecins urgentistes de France
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AP-HM : Assistance publique-Hôpitaux de Marseille
AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris
 ARH : agence régionale de l'hospitalisation
 ARS : agence régionale de santé
 ASH : agent de service hospitalier
 ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
 AVC : accidents vasculaires cérébraux
 AVQ : activités de la vie quotidienne
 BMR : bactéries multirésistantes
 CA : chiffre d'affaires
 CAF : capacité d'autofinancement
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCA : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCMU : classification clinique des malades aux urgences
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
 CMP : centre médico-psychologique
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
COI-H : changements organisationnels et informatisation dans le secteur hospitalier
COTAES : (enquête) Conditions et organisation du travail des actifs en établissements de santé
 CPEF : centre de planification ou d'éducation familiale
 CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
 CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale
CSARR : Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation
 CSG : contribution sociale généralisée
 CSP : Code de la santé publique
 CT : (enquête) Conditions de travail
 DAC : dotation annuelle complémentaire

DADS	Déclarations annuelles de données sociales
DAF	dotation annuelle de financement
DAH	durée annuelle d'hospitalisation
DARES	Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques
DAS	diagnostic associé
DDASS	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DG	dotation globale
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGFiP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMI	dispositifs médicaux implantables
DMS	durée moyenne de séjour
DOM	départements d'outre mer
DRASS	direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EBE	excédent brut d'exploitation
ECN	épreuves classantes nationales
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 privé d'intérêt collectif
ETP	équivalent temps plein
FAP (nomenclature)	famille professionnelle
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FFI	faissant fonction d'interne
FHF	Fédération hospitalière de France
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR	Fonds d'intervention régional
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FPH	fonction publique hospitalière
FPPC	finalité principale de prise en charge
GCS	groupement de coopération sanitaire
GHJ	groupe homogène de journées
GHM	groupe homogène de malades
GHPC	groupe homogène de prises en charge
GHS	groupe homogène de séjours
GMD	groupe de morbidité dominante
GRSP	groupement régional de santé publique
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HPST (loi)	Hôpital, patients, santé, territoires
ICA-BMR	indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes
ICALIN.2	indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2
ICA-LISO	indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire
ICATB	indicateur composite de bon usage des antibiotiques
ICSHA.2	indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains version 2

- IMG** : interruption médicale de grossesse
- IN** : infections nosocomiales
- INRA** : Institut national de recherche agronomique
- INSEE** : Institut national des statistiques et des études économiques
- InVS** : Institut de veille sanitaire
- IRDES** : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
- 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 et odontologie
- MCU-PH** : maître de conférences des universités-praticien hospitalier
- MECS** : maison d'enfants à caractère sanitaire
- 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
- MRS** : mission régionale de santé
- MSP** : mission de service public
- NEH** : nomenclature des emplois hospitaliers
- NET** : nomenclature des emplois territoriaux
- NNE** : nouvelle nomenclature des emplois
- OAP** : outil d'analyse PMSI
- OCDE** : Organisation pour la coopération et le développement économique
- 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-rhino-laryngologie
- ORU** : observatoires régionaux des urgences
- OSCOUR** : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
- PACA** : Provence-Alpes – Côte d'Azur
- PH** : praticien hospitalier
- PHU** : praticien hospitalier universitaire
- PMI** : protection maternelle infantile
- PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information
- POSU** : pôles spécialisés des urgences
- PRS** : projet régional de santé
- PSPH** : participant au service public hospitalier
- PSRS** : plan stratégique régional de santé
- 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 médicalisé en psychiatrie
- RPU** : résumé de passage aux urgences
- RSS** : résumé de sortie standardisé

- SAE** : Statistique annuelle des établissements
- SAMU** : service d'aide médicale urgente
- SARM** : *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline
- SAU** : services d'accueil et de traitement des urgences
- SE** : Sécurité-environnement
- SFMU** : Société française de médecine d'urgence
- 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
- SRVA** : serveurs régionaux de veille et d'alerte
- 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
- SUDF** : SAMU-Urgences de France
- T2A** : tarification à l'activité
- TEP** : tomographe à émission de positons
- TJP** : tarif journalier de prestation
- UCD** : unité commune de dispensation
- UHCD** : unité d'hospitalisation de courte durée
- UNV** : unité neurovasculaire
- UPATOU** : unités de proximité d'accueil et de traitement et d'orientation des urgences.
- URCAM** : union régionale des caisses d'Assurance maladie
- USLD** : unité de soins de longue durée
- USP** : unité de soins palliatifs

LE PANORAMA DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ - ÉDITION 2014

Dossiers

- Les conditions de travail dans les établissements de santé
- Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES
- Tarification à l'activité et réadmission

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



www.drees.sante.gouv.fr

N° DICOM : 15-002
N° ISBN : 978-2-11-138973-1
N° ISSN : 1295-6570