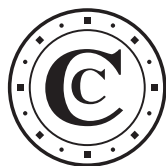


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LA POLITIQUE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Cahier méthodologique

Rapport public thématique

Évaluation de politique publique

Avril 2026

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES.....	5
I - LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	7
II - CALCUL DE QUATRE INDICATEURS DE SÉCURITÉ DES SOINS (PATIENT SAFETY INDICATORS PSI) ENTRE 2015 ET 2024.....	23
III - CALCUL D'INDICATEURS DE RÉSULTAT POUR SIX TYPES DE PRISE EN CHARGE	29
IV - MÉTHODOLOGIE POUR L'IDENTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SOUS UN SEUIL D'ACTIVITÉ.....	57

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six¹ chambres thématiques que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

**

Le présent rapport d'évaluation est issu d'une enquête conduite sur le fondement de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières qui permet à la Cour des comptes de mener des enquêtes thématiques et de l'article L. 111-13 du même code, selon lequel la Cour des comptes contribue à l'évaluation des politiques publiques.

Dans ses évaluations, la Cour s'attache notamment à apprécier les résultats de la politique publique examinée au regard à la fois des objectifs poursuivis (efficacité) et des moyens mis en œuvre (efficience).

L'enquête de la Cour a été notifiée aux administrations et organismes publics concernés par lettres en date du 6 février 2025.

¹ La Cour comprend aussi une chambre du contentieux, dont les arrêts sont rendus publics.

Un comité d'accompagnement a été constitué (cf. annexe n° 1). Il a été consulté au lancement de l'enquête, à la suite des entretiens et à l'achèvement du rapport.

Les rapporteurs ont conduit plus de 80 entretiens auprès des administrations concernées (cf. cahier méthodologique), au premier rang desquelles le ministère chargé de la santé, la Haute Autorité de santé et l'assurance maladie. Ont également été sollicités les représentants des principales sociétés savantes et associations œuvrant en la matière, de même que les principales fédérations d'établissements de santé.

Des analyses plus approfondies, incluant des visites de services hospitaliers, des rencontres avec des professionnels de santé ainsi que des réunions avec les agences régionales de santé territorialement compétentes, ont également été menées dans les trois régions suivantes : Centre-Val de Loire, Île-de-France et Normandie. À cette occasion, l'équipe de rapporteurs a visité plus d'une vingtaine d'établissements de santé, choisis selon des critères de statut (public, privé à but lucratif et privé à but non lucratif) et d'activité (CHU, hôpital local, etc.)

Par ailleurs, un entretien en visioconférence a eu lieu entre les rapporteurs et un panel de trois représentants des usagers occupant cette fonction dans trois établissements de santé différents, et cinq entretiens en visioconférence ont été réalisés avec des victimes d'un événement indésirable grave associé aux soins ou l'un de leurs ayants droit.

Des analyses de données quantitatives ont en outre été menées, dont les résultats sont détaillés dans le cahier méthodologique publié avec le rapport.

Enfin, un parangonnage international a été effectué, en adressant un questionnaire aux conseillers sociaux des ambassades de France aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, en Suède, aux Pays-Bas et au Canada.

**

Le projet de rapport a été préparé, puis délibéré le 16 février 2026, par une formation de la sixième chambre, présidée par M. Lejeune, conseiller maître, et composée de Mme Régis, conseillère maître, de MM. Bessette, Chailland, Fourrier, Guérin, Mosimann, Stussi, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, de M. Chastenet de Géry, conseiller maître, Mme Vanden Driessche et Huby, conseillers référendaires en service extraordinaire, Mme Chariot, *data scientist*, et, en tant que contre-rapporteur, M. Machard, conseiller maître.

Il a été examiné et approuvé, le 9 mars 2026, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de Mme de Montchalin, Première présidente, M. Hayez, rapporteur général, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune, Mme Thibault, M. Cazé, présidente et présidents de chambre de la Cour, M. Glimet, président par intérim de la chambre du contentieux, M. Albertini, M. Roux, M. Vught, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et Mme Hamayon, Procureure générale, entendue en ses avis.

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

I - Liste des personnes rencontrées

Directions d'administration centrale

Direction générale de la santé (DGS)

- Grégory EMERY, directeur général de la santé
- Alexis PERNIN, sous-directeur adjoint au sein du pôle de préparation aux crises
- Charles-Emmanuel BARTHÉLÉMY, sous-directeur adjoint en charge des politiques publiques qualité des pratiques et des soins

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Julie POUGHEON, cheffe de service, adjointe à la directrice générale
- Anne HEGOBURU, sous-directrice de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital
- Edith RIOU, cheffe du bureau qualité, parcours, usagers
- Fanny CHEVALIER, adjointe à la cheffe du bureau qualité, parcours, usagers

Direction de la sécurité sociale (DSS)

- Charlotte LEGRESY, cheffe du bureau des établissements de santé et médico-sociaux
- Capucine GRÉGOIRE, adjointe à la sous-directrice en charge du financement du système de soins

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

- Benoît OURLIAC, sous-directeur de la santé et de l'assurance-maladie

Autorités sanitaires, agences

Haute Autorité de santé (HAS)

- Dr Amélie LANSIAUX, directrice pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Alexandre FONTY, directeur de cabinet
- Vanessa PIDERI, adjointe au directeur de cabinet
- Laeticia MAY, cheffe du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
- Patrick MECHAIN, chef du service certification des établissements de santé

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP)

- Stéphane PARDOUX, directeur général

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

- Caroline LE SAULNIER, directrice réglementation et déontologie

- Alexandre de LA VOLPILIERE, directeur général adjoint en charge des opérations
- Mehdi BENKEBIL, directeur de la surveillance

Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

- Sébastien LELOUP, directeur, auparavant chef de service de la certification des établissements de santé à la Haute Autorité de santé
- François TOUJAS, président du conseil d'administration
- Cyrille JOLIVEL, directeur adjoint en charge des aspects métiers

Santé publique France (SPF)

- Dr Bruno COIGNARD, directeur maladies infectieuses, médecin de santé publique et épidémiologiste
- Dr Harold NOEL, adjoint au directeur maladies infectieuses, responsable par intérim de l'unité infections nosocomiales et antibiorésistance

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

- Joëlle DUBOIS, directrice de la direction Classifications, informations médicales et modèles de financement
- Sophie BARON, chargée de mission EVAL QUAL
- Eric-Laurent EKONG, chargé de mission EVAL QUAL
- Pascaline LEBRETON, statisticienne au sein de la direction Data

INSERM

- Pr Didier SAMUEL, président directeur général
- Robert BAROUKI, directeur de l'institut thématique de santé publique

Institut national du cancer (INCA)

- Norbert IFRAH, résident
- Nicolas SCOTTÉ, directeur général
- Dr Jérôme VIGUIER, conseiller du président et du directeur général
- Charlotte MARCHAND, directrice de cabinet

Agence de la Biomédecine (ABM)

- Marine JEANTET, directrice générale
- Séverine GRELIER, ingénieure qualité gestion des risques au sein du Pôle sécurité-qualité
- Sophie LUCAS-SAMUEL, cheffe du Pôle sécurité-qualité, en charge de la qualité au sein des hôpitaux, de la vigilance et de la sécurité sanitaire

Agence de sûreté nucléaire et de radioprotection (ASNR)

- Géraldine PINA, commissaire, membre du collège de l'ASNR
- Pierre BOIS, directeur général adjoint

Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)

- Camille PETER, conseillère auprès du directeur générale de la Cnam
- Marie GOURAIN, responsable du département de l'hospitalisation
- Typhaine MOGUEROU, responsable adjointe du département de l'hospitalisation
- Stéphanie DESCHAUME, directrice adjointe aux assurés
- Antoine-Mathieu NICOLI, directeur de la gestion du risque
- Dr Béatrice RIO, directrice de mission nationale

Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

- Ann PARIENTE-KHAYAT, secrétaire générale
- Catherine BILGER, coordinatrice scientifique de la commission spécialisée système de santé et sécurité des patients, adjointe à la secrétaire générale
- Sylvia BENZAKEN, membre du Collège du HCSP, médecin biologiste au CHU de Nice
- François EISINGER, médecin spécialiste en médecine interne et en cardiologie
- Stéphanie GENTIL, professeur de médecine à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille
- Didier LECOINTE, praticien hygiéniste au centre hospitalier Sud Francilien de Corbeil-Essonnes
- Didier LEPELLETIER, professeur des universités
- Gilbert MOUNIER, responsable qualité national au sein de la Croix-Rouge française

École des hautes études en santé publique (EHESP)

- Pr Isabelle RICHARD, directrice
- Valérie BOUGEARD, responsable de la formation des directeurs des soins
- Cécilia WAHEO, responsable de la formation des directeurs d'hôpital

Agences régionales de santé

Collège des directeurs généraux d'agence régionale de santé (ARS)

- Didier JAFFRE, directeur général de l'ARS Occitanie
- Christine VAN KEMMELBEKE, directrice adjointe de l'offre de soins, ARS Hauts-de-France
- Aude SOURY-LAVERGNE, conseillère technique qualité et sécurité des soins à la direction de l'offre de soins, ARS Hauts-de-France
- Véronique GHADI, directrice adjointe au sein de la direction des usagers, des affaires juridiques, de l'inspection contrôle et de la qualité, ARS Occitanie
- Caroline SUBERBIELLE, conseillère médicale auprès du directeur général, ARS Occitanie

ARS Île-de-France

- Arnaud CORVAISIER, directeur de l'offre de soins
- Philippe GIARRAPUTO, responsable du département politique du médicament, démarche qualité et pertinence

- Fabien PERUS, directeur du pôle efficience

ARS Centre-Val de Loire

- Clara de BORT, directrice générale
- Matthieu LE MARCHAND, directeur de la stratégie
- Sandrine LUCAS, responsable du département qualité-inspection à la direction de la stratégie

ARS Normandie

- François MENGIN LECREULX, directeur général
- Sébastien DELESCLUSE, directeur général adjoint
- Kevin LULLIEN, directeur de l'offre de soins
- Pascal LEMIEUX, chargé de mission performance à la direction de l'offre de soins

*Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux
pour l'Amélioration des Pratiques en santé (FORAP)*

- Noémie TERRIEN, Présidente, responsable de la SRA en région PAYS DE LA LOIRE

SRA Normandie (QUAL'VA)

- Léna MARTEAU, coordinatrice pour la partie administrative du réseau
- Dr Xavier RICHOMME, coordinateur médical de Qual'Va

SRA Île-de-France (STARAQS)

- Julien PRIM, directeur, et évaluateur ESSMS

SRA Centre-Val de Loire (QUALIRIS)

- Brigitte LECOMTE, directrice

Fédérations d'établissements de santé

Fédération Hospitalière de France (FHF)

- Augustin HÉRAULT, directeur de cabinet
- Kathia BARRO, responsable adjointe du pôle offre de soins, finances, data, recherche et e-santé

Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

- Bertrand SOMMIER, secrétaire général
- Marie-Claire VIEZ, directrice stratégie

*Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires
(FEHAP)*

- Charles GUÉPRATTE, directeur général
- Arnaud JOAN-GRANGÉ, directeur de l'offre de soins

Sociétés savantes

Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR)

- Pr Jean-Michel CONSTANTIN, président

Société française d'hygiène hospitalière (SF2H)

- Jean-Winoc DECOUSSER, président
- Sara ROMANO-BERTRAND, vice-présidente médicale et présidente du conseil scientifique

Société française de pharmacie clinique (SFPC)

- Antoine DUPUIS, président

Société française de cardiologie (SFC)

- Pr Bernard IUNG, président

Société française de gériatrie- gérontologie (SFGG)

- Pr Sylvie BONIN-GUILLAUME, présidente
- Pr Nathalie SALLES, vice-présidente
- Pr Jean-Pierre AQUINO, délégué général

Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT)

- Pr Patrice MERTL, président
- Pr Christophe HULET, premier vice-président
- Pr Jean-Noël ARGENSON, vice-président du conseil national professionnel de chirurgie orthopédique et traumatologique (CNP-COT)

Société française de radiologie (SFR)

- Pr Marie-France BELLIN, présidente
- Pr Louis BOYER, membre du comité affaires professionnelles
- Pr Jean-Michel BARTOLI, membre du comité affaires professionnelles
- Pr Alain LUCIANI, secrétaire général
- Pr Emilie SIMON, déléguée générale

Association française de chirurgie ambulatoire (AFCA)

- Pr Karine NOUETTE GAULAIN, co-présidente et cheffe du service de d'anesthésie-réanimation au CHU de Bordeaux
- Christelle GALVEZ, co-présidente et directrice des soins au Centre Léon Bérard

Société française de pédiatrie (SFP)

- Pr Agnès LINGLART, présidente
- Pr Romain BASMACI, secrétaire général

- Pr Delphine MITANCHEZ, présidente de la Société française de médecine périnatale et membre du bureau de la SFP en charge de la périnatalité

Académie nationale de médecine

- Pr Jean-Noël FIESSINGER, président
- Dr Christian BOITARD, secrétaire perpétuel

Associations d'usagers, représentants de patients et patients

France Assos Santé

- Claude RAMBAUD, première Vice-Présidente
- Jean-Pierre THIERRY, conseiller médical

Panel de représentants d'usagers

- François RULLIER, représentant des usagers à l'Institut Gustave Roussy
- Claude COTTET, représentant des usagers au centre hospitalier intercommunal de Créteil
- Michèle DELATRE-LAFIN, représentante des usagers au centre de rééducation fonctionnelle pour enfants Ellen Poidatz et à la clinique des Fontaines à Melun
- Brigitte COTTARD-BOULLE, représentante des usagers à l'hôpital Ambroise Paré AP-HP de Boulogne et à la clinique Marcel Sambat de Boulogne

Panel de patients ou ayants droit de patients victimes d'un accident médical

- M. G., époux d'une patiente décédée lors d'un accident médical
- Mme B., épouse d'un patient décédé lors d'un accident médical
- Mme N., sœur d'une patiente décédée d'un accident médical
- Mme N., patiente victime d'un accident médical
- M. A., fils d'un patient décédé lors d'un accident médical

Institut français de l'expérience patient (IFEP)

- Amah KOUEVI, directeur

Assureurs

France Assureurs

- Christophe DELCAMP, directeur Assurances dommages et responsabilité
- Anne-Marie PAPEIX, responsabilité civile médicale
- Béatrice GATTERER, responsable des statistiques de la responsabilité civile médicale

Groupe RELYENS

- Edwige ROSSIGNOL, directrice exécutive marché Santé Social France
- Patrick FLAVIN, directeur juridique
- Georges ROMERO, directeur *Risk Management*

OCDE

- Valérie PARIS, économiste, présidente de la commission d'évaluation économique et de santé publique
- Guillaume DEDET, analyste principal au sein de l'équipe santé
- Katherine de BIENASSIS, analyste
- Ricarda MILSTEIN, économiste de la santé

Établissements de santé

Conférence des directeurs généraux de CHU

- Anne COSTA, directrice générale du CHU de Poitiers et présidente de la Commission qualité, sécurité et usagers
- Jean-Christophe ROUSSEAU, directeur général adjoint au CHU de Limoges, vice-président de la Commission qualité, sécurité et usagers
- Jean PETIT, directeur qualité au CHU de Rouen et de Toulouse
- Pierre-Joel TACHOIRES, directeur adjoint en charge de la qualité, la gestion des risques et l'expérience patient au CHU de Saint-Etienne

Conférence des présidents de CME de CHU

- Pr Rémi SALOMON, président de la CME de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
- Conférence nationale des directeurs de CH
- Francis SAINT-HUBERT, président, directeur du CH du Pays d'Aix
- Margaux JAULENT, secrétaire générale
- Danielle FREGOSI, référente qualité, directrice du Centre Hospitalier du Pays d'Apt
- Jean-Rémi RICHARD, directeur du CH d'Angoulême

Conférence des présidents de CME de CH

- Dr Thierry GODEAU, président, PCME du GHT Littoral-Atlantique (La Rochelle, Ré et Aunis)
- Dr David PINEY, vice-président, président de la conférence régionale des CH du Grand-Est
- Dr Jean-Marc FAUCHEUX, président de la conférence des PCME Nouvelle-Aquitaine, président de la CME et directeur qualité-gestion des risques et relations avec les usagers au CH Agen-Nérac et président de la commission qualité à la FHF

Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)

- Nicolas REVEL, directeur général
- Marie Charlotte DALLE, directrice des affaires juridiques
- Paule KUJAS, directrice qualité partenariats patients
- Aydent TAJHAMADY, directeur de la stratégie et de la transformation
- Camille DUMAS, directeur de la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine

CHU de Lille

- Frédéric BOIRON, directeur général
- Pr Dominique CHEVALIER, président de la commission médicale d'établissement
- Franck BASTAERT, coordinateur général des soins
- Pr Charlotte CORDONNIER, cheffe du service neurologie vasculaire, membre du directoire
- Sihem NADIR, cadre supérieur de santé du pôle neurosciences et appareil locomoteur
- Audrey DUBURCQ, directrice qualité risque expérience patient développement durable
- Dr Brigitte NELKEN, cheffe du service hématologie pédiatrique et cheffe du pôle enfant
- Audrey LECOURT, cadre supérieure de santé au sein du pôle enfant
- Dr Claire LAUERIERE, médecin DIM (département d'information médicale)
- Françoise VAN RECHEM, représentante des usagers
- Stéphanie POTTIER, ingénieure qualité et gestion des risques

Hospices civils de Lyon (HCL)

- Raymond LE MOIGN, directeur général
- Pr Vincent PIRIOU, président de la CME
- Dr Carole PAILLET, cheffe du pôle pharmacie
- Carol GENDRY, directrice centrale des soins
- Pr Philippe MICHEL, professeur des universités – praticien hospitalier en santé publique (enseignant qualité à l'université)
- Audrey MARTIN, directrice adjointe à la direction de la qualité, des partenariats patients, de la sécurité
- Valérie FLATIN, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- Amaury WASNER, directeur adjoint de la Direction des plateaux médico-techniques
- Pr Gérard LINA, professeur des universités – praticien hospitalier en bactériologie
- Pr Fitsum GUEBRE-EGZIABHER, présidente de la sous-commission Qualité, sécurité et pertinence des soins, formation continue et évaluation de la commission médicale d'établissement
- Stéphanie GEYER, directrice adjointe en charge de la qualité, des partenariats patients et de la sécurité

Pôle Santé ORÉLIANCE

- Stéphane TULIPANI, président directeur général
- Catherine RIVIÈRE, pharmacienne
- Christine AIGRET, directrice des soins

Hôpital privé PASTEUR d'Evreux

- Ludovic REBOUILLAT, directeur général de transition
- Marion BROUSSOULOUX, coordinatrice responsable assurance, qualité

- Ingrid PETIT, directrice des soins
- Céline MARCHAND, responsable qualité
- Angèle APARO, directrice des opérations
- Dr Paul SACQUIN, président de la commission médicale d'établissement
- Josette HUMEAU, représentante des usagers

CH de Saint-Denis

- Jean PINSON, directeur
- Yohan MOURIER, directeur adjoint en charge des finances
- Dr Pascal BOLOT, président de la commission médicale d'établissement, chef de service néonatalogie
- Elisabeth ROUSSEL, coordinatrice générale des soins
- Sylvie KARCHER, cadre du pôle chirurgie
- Dr Daniel DA SILVA, chef du service de réanimation
- Jérôme VIALARD, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- Jihane CHABAR, ingénieure qualité-gestion des risques
- Dr Fatima KADDARI, vice-présidente de la commission médicale d'établissement
- Isabelle PELTIER, représentante des usagers
- Xavier DEVIOT, pharmacien chef de service de la pharmacie à usage intérieur
- Christophe LECEFEL, responsable management qualité de la prise en charge médicamenteuse
- Ricardina PALAVRA, cadre expert en soin

GH de La Rochelle

- Valérie BENEAT-MARLIER, directrice générale
- Thierry MONTOURCY, directeur général adjoint
- Dr Patrick BENDIMERAD, président de la commission médicale de groupement
- Dominique REY, directeur adjoint du pôle des usagers, de la qualité et de la gestion des risques
- Mme Laurence SOMBRUN, coordinatrice générale des soins
- Dr Florence LEYMARIE, coordinatrice gestion des risques associés aux soins
- Didier LAPEGUE, représentant des Usagers
- Dr Capucine CONTENT, responsable de la pharmacie à usage intérieur
- Dr Bruno GROSSIN, chef du pôle gériatrie
- Dr Christophe RONCATO, chef de pôle de médecine interne et cardiovasculaire
- Dr Louis ASQUIER, cheffe du service du SAMU – SMUR

CH de Châteauroux

- Cyril HARMEL, directeur de l'établissement

- Dr. Gilbert MEKONDJI, président de la commission médicale d'établissement
- Dr Renaud DESCHAMPS, vice-président de la commission médicale d'établissement
- Sébastien DESFOSSES, coordonnateur général des soins
- Clément BARRICAULT, directeur adjoint sur les ressources médicales
- Julien DUBOT, directeur adjoint sur les affaires générales et relations avec les usagers.
- Dr Kaltoum BENMANSOUR-FILALI, cheffe de service de la pharmacie à usage intérieur
- Dr. Michel HIRA, chef du pôle anesthésie-réanimation-urgences
- Philippe SCHNEIDER, représentant des usagers
- Hubert JOUOT, représentant des usagers

Clinique St François de Châteauroux

- Céline BOILÈVE, directrice
- Mathieu RAGAIN, responsable administratif et qualité
- Mélanie MEILOX DE OLIVEIRA, responsable ressources humaines
- Audrey LAVERSANNE, pharmacien
- Emilia DEBEURRE, responsable stérilisation et endoscopie
- Olivier BOURROUX, chef de bloc
- Guillaume DEEST, gastroentérologue et président de la commission médicale d'établissement
- Blanche CASTILLO, responsable des unités de soins
- Alexandre DEMAY, responsable informatique
- Christelle FOUCHER, assistante de direction
- Andréa RANDRIANARISON, infirmière hygiéniste
- Nicolas BOUGAIN, *business partner*

Polyclinique du Parc de Caen

- Samuel KOWALCZYK, directeur général
- Aurélie ROUQUE, attachée de direction
- Laurie RIQUELME LUNEL, responsable qualité/relations avec les usagers
- Dr Elodie BOURGUIGNON, pharmacienne gérante de la clinique
- Dr Julie LEQUET, chirurgien viscéral et digestif, présidente de la commission médicale d'établissement
- Nicole DELPÉRIÉ, représentante des usagers

Clinique Bizet, Paris

- Marianne KARBASSI, directrice
- Dr Claude DUBOIS, directeur médical
- Sophie CROPAGE, directrice des soins infirmiers
- Sylvie LAVENU, cheffe de bloc opératoire

- Nacer TERRACHE, responsable qualité gestion des risques
- Claire VILLAIN, représentante des usagers
- Dr Élisabeth BERMUDEZ, pharmacien gérant
- Kamara SASSI, responsable des admissions
- Dr Jean-Emile QUAZZA, président de la commission médicale d'établissement

CH Eure-Seine d'Evreux

- Jérôme RIFFLET, directeur
- Dr Abderrezak BOUASRIA, président de la commission médicale d'établissement
- Justine RASSET, directrice adjointe de la qualité
- Jean-François DAVY, coordinateur général des soins
- Dr Séverine BERGON, pharmacienne, en charge du pôle médico-technique
- Dr Jean-Baptiste HARDY, anesthésiste-réanimateur et chef de projet sur le virage ambulatoire
- Adélaïde RAYER, cadre supérieure de santé et cadre de pôle de chirurgie
- Sylvie ANDREOLETTI, représentante des usagers

CHU d'Orléans

- Olivier BOYER, directeur général
- Pauline DI MASCIO, directrice de cabinet et de la communication
- Pr Régis HANKARD, président de la commission médicale d'établissement
- Véronique BIANCO, directrice parcours, qualité, usagers
- Dr Armelle MATHONNET, responsable du système de management de la qualité de la prise en charge des produits de santé, réanimatrice médicale
- Danièle DESCLERC-DULAC, représentante des usagers

CH de Nevers

- Florent FOUCARD, directeur général
- Dr Patrick BERTRAND, président de la commission médicale d'établissement
- Juliette LOISEAU, responsable qualité gestion des risques
- Magali GIRON, coordinatrice générale des soins
- Manon KHALFI, directrice des ressources humaines
- Éric CHARTIER, secrétaire général du groupement hospitalier de territoire
- Chrystel ANDRIEU, gestionnaire qualité des risques - cellule qualité
- Pascal CONTANT, représentant des usagers
- Marion RAVET, directrice adjointe des finances et des systèmes d'informations
- Dr Jacques BALLOUT, vice-président de la commission médicale d'établissement, président de la commission médicale de groupement
- Dr Stéphanie NOURY, cheffe du service pharmacie

CH de Lisieux

- Nicolas BOUGAUT, directeur
- Dr Antoine LEGROS, président de la commission médicale d'établissement
- Stéphanie FIAULT, coordinatrice générale des soins et directrice qualité
- Thierry LEBAS, responsable qualité
- R. PASSARD-COUDERT, assistante qualité
- Sandrine GHELDOFF, cadre de pôle
- Sandrine CHANU, coordinatrice des secrétariats
- Dr SÉNOUCI, Dr TIRVEILLIOT, Dr MAKKI, chefs de service
- Annick CZECKO, représentante des usagers
- Dr LE CLECH, cheffe de pôle, responsable médicale de la transition écologique
- Dr BOUDIN, chef de service
- Dr CONSTANS-BRUGEAIS, pharmacienne
- Mme BLOT, gestionnaire de lits

CH Victor Dupouy d'Argenteuil

- Sylvain GROSEIL, directeur général
- Dr Jean-Luc PONS, président de la commission médicale d'établissement et chef de service de la pharmacie
- Pascale GERARD, directrice des soins, coordinatrice générale
- Anita ARTEMOVA, directrice des affaires financières et du pilotage médico-économique
- Anouk PERRO, directrice des affaires générales, des projets et des relations usagers
- Dr Driss CHAOUI, chef du pôle cancérologie
- Dr Silvère BOCCOVI, responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire
- Martine NOVIC, représentante des usagers
- Lucien TAUZIA, représentant des usagers
- Dr Mohammed DEROUICH, chef du pôle femme mère enfant
- Dr Elise MOUTEL, chef de service, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- Dr Hubert ORO, chef du pôle chirurgie et anesthésie
- Dr Silvère BOCCOVI, responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire
- Stéphanie VALENT, cadre de santé
- Dr Driss CHAOUI, chef du pôle cancérologie
- Dr Clara VAZEILLE, chef du service oncologie
- Aline LOURDEL, cadre de santé
- Dr Jean-Luc PONS, chef de service
- Illhame BENKHEMOUCHE, cadre de santé

Hôpital privé Paris Saint-Joseph

- Régis MOREAU, directeur général
- Stéphanie CHANGARNIER, directeur opérationnel du site Saint-Joseph
- Marlène BOURGEOIS, directrice qualité
- Davina SUMBAL, responsable qualité-gestion des risques, affaires juridiques médicales et des relations patients
- Dr Olivier GANANSIA, chef de service des urgences – coordonnateur médical de la qualité
- Dr Sandra CAMPS, pharmacien chef de service
- Dr Pascal ALFONSI, chef du service anesthésie
- Dr Monique SIGISMOND, chef de service adjoint, département d'anesthésie-coordonnateur médical de l'unité de chirurgie ambulatoire
- Dr Elias EL KHOURY, anesthésiste-réanimateur
- Dr Romain CADOR, chef de service cardiologie - président de la commission médicale d'établissement
- Sandie BROCHON, directrice des soins - pôle spécialités chirurgicales
- Mathilde RABAUD, cadre de santé - unité chirurgie ambulatoire

CH de Bayeux

- Vincent MANGOT, directeur
- Dr Magali LABIDI, cheffe du service des urgences, présidente de la commission médicale d'établissement
- Noelle SINANG, directrice adjointe en charge des finances et des systèmes d'information
- Delphine LAFARGE, représentante des usagers
- Hafsa CHEVAUCHER, responsable qualité
- Dr Stéphanie TRUET, cheffe de service de la pharmacie à usage intérieur

CHU de Caen

- Frédéric VARNIER, directeur général
- Damien DUMONT, directeur général adjoint
- Pr Emmanuel BERGOT, président de la commission médicale d'établissement, chef de service de la pharmacie
- Aurore BOUQUEREL, directrice de la qualité
- Guillaume SAINT LORANT, chef de service de la pharmacie
- Pr Christophe HULET, chef de service d'orthopédie
- Pr Farzin BEYGUI, chef du service de cardiologie
- Dr Mathieu BIGNON, cardiologue
- Claire CORNET, cadre de santé en cardiologie

Groupe Hospitalo-Universitaire (GHU) AP-HP Sorbonne Université

- Christine WELTY, directrice générale du GHU
- Pr Bahram BODAGHI, président de la commission médicale d'établissement locale
- Aurélia ROLLAND, directrice des soins
- Paul REMOND, directeur adjoint en charge de la qualité, la gestion des risques et l'expérience patients
- Hélène de BONNIÈRES, directrice des projets et transformation
- Dr. Sandra LARIBE-CAGET, responsable de l'unité fonctionnelle médicaments de la pharmacie à usage intérieur
- Gérard BERLUREAU, représentant des usagers
- Josiane STEUNOU, ingénieure qualité
- Anne RAPPAPORT, gestionnaire de risques
- Dr. Sophie DI MARIA, responsable de l'unité de chirurgie ambulatoire
- Patricia JOHN-BAPTISTE, cadre supérieure du service social
- Hélène DEGLISE, cadre supérieure de santé
- Estelle GOURVENNEC, infirmière de coordination en neuro-oncologie
- Louise GOMPLZWICZ, infirmière de coordination en transplantation hépatique
- Eva DANTON, infirmière de coordination au service maladies infectieuses et tropicales
- Pr Mathieu RAUX, anesthésiste réanimateur au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire
- Gloria SAROUFIM, cadre de santé IBODE, unité de chirurgie ambulatoire

Groupe Hospitalo-Universitaire (GHU) AP-HP. Centre-Université Paris Cité

- Didier FRANDJI, directeur général du GHU
- Pr Claire POYART, présidente de la commission médicale d'établissement locale
- Julie GRÜNDLINGER, secrétaire générale du GHU
- Aude BOILLEY-RAYROLES, directrice de l'hôpital Cochin Port-Royal
- Pr François GOFFINET, chef de service de la maternité de Port-Royal
- Dr Hélène LAZARETH, présidente du comité stratégique qualité du GHU
- Florence NETZER, directrice adjointe de la qualité, gestion des risques et relations Usagers
- Sylvie JACQUIN, directrice des soins de l'hôpital Necker
- Valérie QUEVREUX, cadre paramédicale du département médico-universitaire cancérologie et spécialités médico-chirurgicales
- Francine OCCHIMINUTTI, adjointe au directeur des soins
- Sarah PESSIN, cadre supérieure de santé, référente qualité et gestion des risques
- Dr Marion FAGES, médecin DIM
- Martine KAROUBI, représentante des usagers
- Pr Louis MARCELLIN, président du conseil de bloc

- Sandra AZZOPARDI, cadre de santé
- François-Xavier CHEDHOMME, pharmacien

CH d'Ajaccio

- Jean-Luc PESCE, directeur
- Laurent GERMANI, directeur adjoint des affaires générales
- Pascal DERUDAS, directeur adjoint de la qualité, de la gestion des risques, des plans et crises sanitaires et de la communication
- Gabrielle FOLACCI, directrice des soins
- Dr Laurent SERPIN, président commission médicale d'établissement
- Dr Vanina FIESCHI, responsable de la pharmacie à usage intérieur
- Dr Marc LUCIANI, chef du pôle de chirurgie
- Laurence OLIVA, cadre du service de chirurgie
- Dr Jean-Charles BULGARE, médecin référent unité de chirurgie ambulatoire
- Dr Florence BILLARD, correspondante locale en hémovigilance, coordonnatrice de la vigilance sanitaire
- Roselyne PROFIZI, représentante des usagers
- Rose-Marie PASQUALAGGI, représentante des usagers
- Robert COHEN, représentant des usagers

Polyclinique de Furiani

- Antoine PINZUTI, directeur administratif
- Dr Laurent FAUCON, chef du bloc opératoire
- Dr Jean Michel MOUNDRAS, président de la commission médicale d'établissement
- Dr Pierre Henry MARÉCHAL, responsable de la pharmacie à usage intérieur
- Thomas BARRE, cadre de santé
- Virginie SERAFINI, responsable qualité
- Jacques-André PERQUIS, référent qualité
- Chiara EMMANUELLI, attachée de direction

CH d'Avignon

- Pierre PINZELLI, directeur
- Cécile POLITO, adjointe au directeur
- Dr Guillaume GRANIER, président de la commission médicale d'établissement
- Dr Jeremy CORNEVAUX, directeur adjoint en charge de la qualité et la gestion des risques
- Léa FREZOULS, directrice adjointe en charge de la relation usagers
- Dr Valéry GEORGES, responsable de la pharmacie à usage intérieur
- Dr Lionnel JOUFFRET, chef du pôle d'activités ambulatoires

- Dr Stéphanie BRANGER, chef adjointe du pôle d'activités ambulatoires
- Muriel JUANCHICH, cadre supérieur de santé du pôle d'activités ambulatoires
- Muriel DUENAS, représentante des usagers

CHU de Guadeloupe

- Sandrine COTTON, directeur générale adjointe
- Dr Tania FOUCAN, vice-présidente de la commission médicale d'établissement
- Dr Audrey ANCEDY, responsable de la pharmacie à usage intérieur
- Dr Cédric SENECHAL, chef de service de l'unité de chirurgie ambulatoire
- Sandrine SOLE, cadre du service de chirurgie ambulatoire
- Claire CROIZIER, représentant des usagers
- Michele QUESTEL, représentant des usagers

II - Calcul de quatre indicateurs de sécurité des soins (*Patient Safety Indicators PSI*) entre 2015 et 2024

Données et références

L'analyse s'appuie sur la publication de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) « Développement d'indicateurs de la sécurité des soins » (Document de travail n° 20, 2011), réalisée en collaboration avec la Haute Autorité de santé (HAS) et les Hospices civils de Lyon dans le cadre du programme HCQI (*Health Care Quality Indicators*) de l'OCDE. Ce programme vise à développer des indicateurs internationaux de qualité et de sécurité des soins, à partir de bases de données médico-administratives.

La publication propose une adaptation française des *Patient Safety Indicators* (PSI) à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ces indicateurs permettent d'identifier des événements indésirables graves survenus en cours d'hospitalisation.

L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) mobilise les algorithmes des indicateurs PSI pour sa publication estimant la conséquence économique des événements indésirables : « Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France » (Document de travail n° 44, 2012).qui.

Quatre indicateurs ont été retenus pour l'analyse :

- PSI 5 : corps étranger oublié au cours d'une procédure de soins ;
- PSI 7 : infections liées aux soins médicaux (infection sur cathéter vasculaire) ;
- PSI 13 : septicémie postopératoire ;
- PSI 18/19 : traumatisme obstétrical du vagin lors d'un accouchement par voie naturelle (avec ou sans instrument).

Ces indicateurs sont calculés à partir des données du PMSI MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) sur la période 2015 à 2024. Leur construction repose sur une combinaison de diagnostics (CIM-10), d'actes médicaux selon la classification commune des actes médicaux (CCAM) et de caractéristiques du séjour hospitalier (type de séjour, groupes homogènes de malades, etc.).

Méthodologie

Pour chaque indicateur, le dénominateur correspond aux séjours hospitaliers répondant à des critères spécifiques d'âge, de durée et de type de séjour, ainsi qu'à l'absence de diagnostics d'exclusion. Le numérateur est constitué des séjours du dénominateur pour lesquels un ou plusieurs diagnostics correspondent aux codes CIM-10 spécifiques à chaque indicateur.

Les séjours de type « Séance » (CM 28) et ceux codés comme erreur (CM 90) sont systématiquement exclus du dénominateur et du numérateur.

PSI-5 « Corps étranger oublié au cours d'une intervention »

Les codes CIM-10 utilisés sont les suivants : T815, T816, et Y610 à Y619.

Le dénominateur correspond aux séjours qui :

- concernent des patients âgés de 18 ans ou plus ;
- ne sont pas des séjours de très courte durée (moins de 1 jour) dans le groupe CM 24 ;
- n'ont pas un diagnostic principal relevant des codes CIM-10 de l'indicateur PSI-5.

Le numérateur correspond aux séjours du dénominateur qui :

présentent au moins un diagnostic associé ou un diagnostic relié faisant partie de la liste des codes CIM-10 de l'indicateur PSI-5.

PSI-7 « Infections liées aux soins médicaux (infection sur cathéter vasculaire) »

Les codes CIM-10 utilisés sont les suivants : T802, T827 et T880.

Le dénominateur correspond aux séjours qui :

- concernent des patients âgés de 18 ans ou plus ;
- ont une durée de séjour d'au moins 2 jours ;
- ne présentent pas de diagnostic principal, relié ou associé correspondant à une pathologie d'exclusion (immunodépression ou cancer) ;
- n'ont pas un diagnostic principal relevant des codes CIM-10 de l'indicateur PSI-7.

Le numérateur correspond aux séjours du dénominateur qui :

présentent au moins un diagnostic associé ou un diagnostic relié faisant partie de la liste des codes CIM-10 de l'indicateur PSI-7.

PSI-13 « Septicémie postopératoire »

Les codes CIM-10 utilisés sont les suivants : A400 à A403, A408 à A415, A418, A419, R578 et T811.

Le dénominateur correspond aux séjours qui :

- concernent des patients âgés de 18 ans ou plus ;
- ne sont pas groupés dans la catégorie « Grossesses » (CM 14) ;
- ont une durée de séjour d'au moins 4 jours ;
- correspondent à des séjours de chirurgie ;
- ne présentent pas de diagnostic principal, relié ou associé correspondant à une pathologie d'exclusion (immunodépression ou cancer) ;
- ne présentent pas un diagnostic principal d'infection selon la liste spécifique.
- n'ont pas un diagnostic principal relevant des codes CIM-10 de l'indicateur PSI-13.

Le numérateur correspond aux séjours du dénominateur qui :

- présentent au moins un diagnostic relié ou un diagnostic associé appartenant au groupe des codes CIM-10 de l'indicateur PSI-13.

*PSI-18/19 « Traumatisme obstétrical au cours d'un accouchement par voie basse
(avec ou sans instrument) »*

Les codes CIM-10 utilisés sont les suivants : O702 et O703.

Le dénominateur correspond aux séjours qui :

- concernent des patients âgés de 9 ans ou plus, et de moins de 85 ans ;
- ne sont pas des séjours de très courte durée (moins de 1 jour) dans le groupe CM 24 ;
- sont groupés dans les groupes homogènes de malades (GHM) 14C03A à 14C03D, 14Z09Z, 14Z10A, 14Z10B, 14Z10T, 14Z11A, 14Z11B, 14Z12A, 14Z12B, 14Z13A à 14Z13D, 14Z13T, 14Z14A à 14Z14D et 14Z14T.

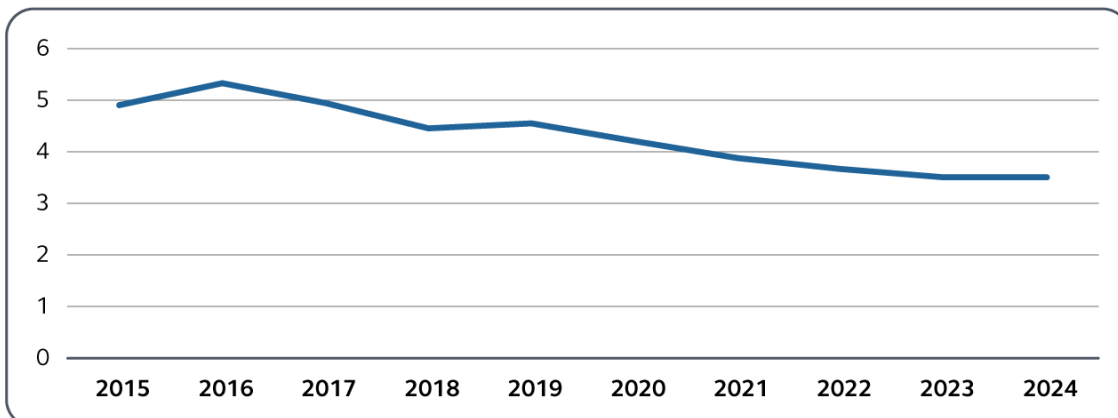
Le numérateur correspond aux séjours du dénominateur qui :

- présentent au moins un diagnostic principal, relié ou associé appartenant au groupe des codes CIM-10 de l'indicateur PSI-18/19.

Résultats

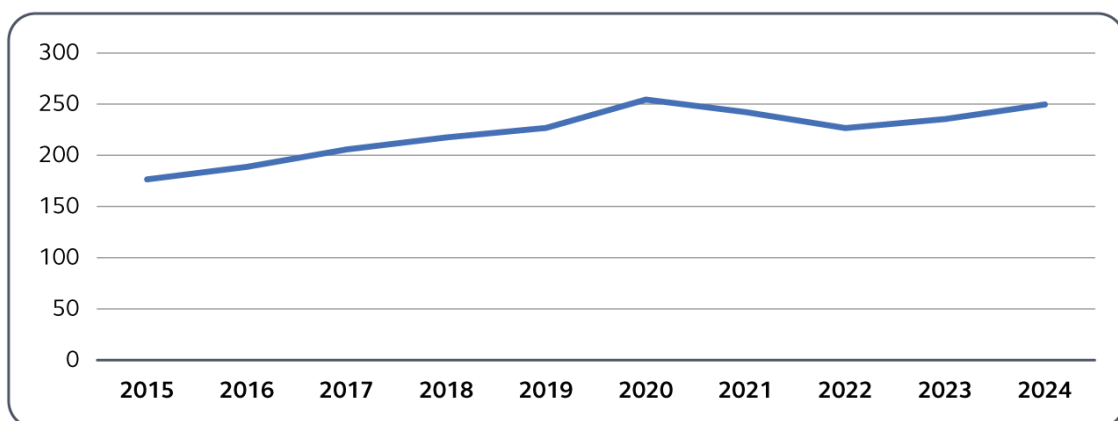
L'analyse de l'évolution de la prévalence des quatre indicateurs de sécurité des soins entre 2015 et 2024 révèle des tendances différenciées selon les types d'événements indésirables. La prévalence de la septicémie postopératoire présente une augmentation progressive de sa fréquence, passant de 1 111 pour 100 000 séjours en 2015 à près de 1 880 pour 100 000 séjours en 2024, avec un léger ralentissement observé entre 2020 et 2022. La prévalence du traumatisme obstétrical du vagin suit également une tendance à la hausse, passant de 850 pour 100 000 séjours à 1 550 pour 100 000 séjours sur la même période. En revanche, les infections liées aux soins médicaux affichent une progression plus modérée, oscillant autour de 180 à 250 pour 100 000 séjours. Enfin, l'évènement « corps étranger oublié au cours d'une procédure » reste stable et très faible, autour de 4 à 5 pour 100 000 séjours, sans variation notable. Ces résultats semblent montrer des dynamiques contrastées selon les événements indésirables, avec des évolutions à la hausse pour la septicémie postopératoire et le traumatisme obstétrical.

Graphique n° 1 : fréquence annuelle de l'évènement « Corps étranger oublié au cours d'une procédure de soins » pour 100 000 séjours (PMSI 2015-2024)



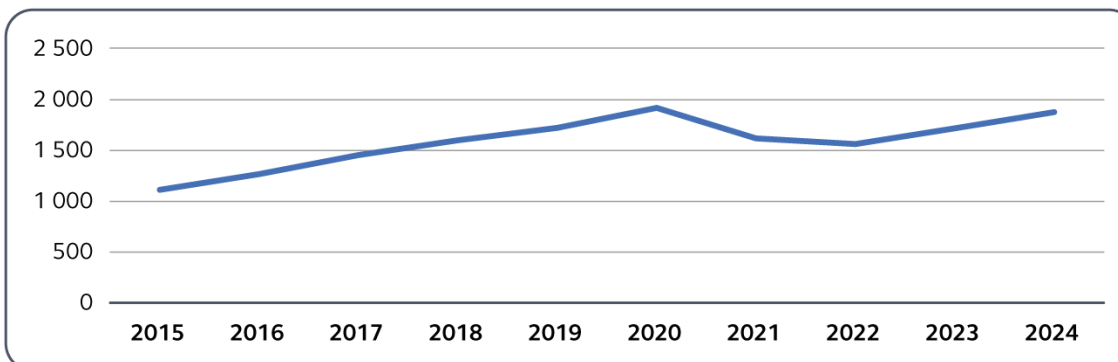
Source : calcul Cour d'après PMSI

Graphique n° 2 : fréquence annuelle de l'évènement « Infections liées aux soins médicaux (infection sur cathéter vasculaire) » pour 100 000 séjours (PMSI 2015-2024)



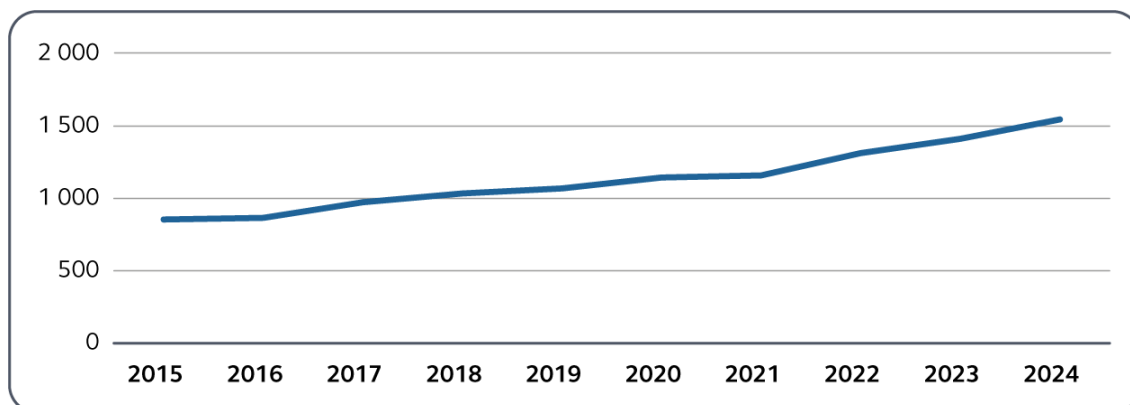
Source : calcul Cour d'après PMSI

Graphique n° 3 : fréquence annuelle de l'évènement « Septicémie postopératoire » pour 100 000 séjours (PMSI 2015-2024)



Source : Cour des comptes d'après PMSI

Graphique n° 4 : fréquence annuelle de l'évènement « Traumatisme obstétrical du vagin lors d'un accouchement par voie naturelle » pour 100 000 séjours (PMSI 2015-2024)



Source : Cour des comptes d'après PMSI

Limites

Cette analyse repose sur les algorithmes proposés par la DREES, qui ont été appliqués sans ajustement en fonction des évolutions possibles du codage au cours de la période étudiée. Cette approche peut entraîner des biais, notamment si les pratiques de codage ont évolué significativement entre 2015 et 2024.

III - Calcul d'indicateurs de résultat pour six types de prise en charge

Les séjours inclus dans les analyses sont définis à partir de codes d'actes CCAM, de codes de GHM ou bien des codes CIM-10 du diagnostic principal.

Tableau n° 1 : critères de sélection des séjours hospitaliers

<i>Prise en charge</i>	<i>Critères de sélection (PMSI)</i>
<i>Syndrome du canal carpien</i>	Actes CCAM : AHPC001 ou AHPA009
<i>Ablation de la vésicule biliaire</i>	GHM : 07C13, 07C14
<i>Prothèse de hanche sans fracture</i>	GHM : 08C48
<i>Prothèse de genou</i>	GHM : 08C24
<i>Chirurgie du cancer colorectal</i>	Séjours de chirurgie avec diagnostic principal : C18, C19, C20, D010, D011, D012, D374, D375
<i>Insuffisance cardiaque</i>	Diagnostic principal : I50

Source : Cour des comptes

Les indicateurs de qualité des soins sont définis de la manière suivante :

- **taux de chirurgie ambulatoire** : un séjour est considéré comme ambulatoire s'il répond aux trois conditions suivantes : la date de sortie est identique à la date d'entrée, l'entrée est programmée et la sortie est un retour à domicile. Cette définition permet d'identifier les séjours programmés réalisés en une journée ;
- **taux RAAC** (Récupération améliorée après chirurgie) : depuis mars 2019, le PMSI permet d'identifier explicitement les séjours réalisés selon un protocole RAAC. Le taux RAAC correspond à la proportion de séjours possédant cette codification spécifique parmi l'ensemble des séjours relevant du périmètre concerné ;
- **taux de réhospitalisation à 30 jours** : le taux de réhospitalisation est défini comme la proportion de séjours suivis, dans un délai de 1 à 30 jours après la sortie, d'un nouveau séjour hospitalier. La recherche d'un séjour de réadmission est effectuée à partir de la date de sortie du séjour, en excluant les réadmissions intervenues le jour même. Afin de s'assurer que les réhospitalisations mesurées reflètent un défaut potentiel de qualité ou une complication, plusieurs types de séjours sont exclus de l'analyse : les séjours en séances (notamment dialyses, chimiothérapies et radiothérapies), les transplantations d'organes, les séjours d'obstétrique et les séjours identifiés comme erronés. Sont également exclus les séjours pour cataracte, les prestations inter-établissements, les mutations ou transferts, et les séjours concernant des patients âgés de moins de 18 ans. Cette méthodologie se distingue de celle utilisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui calcule le taux de réhospitalisation à l'échelle de l'individu sur une base

annuelle, et uniquement pour les séjours dont la sortie s'est faite vers le domicile. Dans la présente étude, l'unité d'analyse est le séjour (et non l'individu), ce qui permet de tenir compte de l'ensemble des prises en charge. Cette approche est également celle retenue par l'IRDES dans le cadre de ses analyses pour l'atlas des variations des pratiques médicales.

Taux de mortalité à 30 jours. Le taux de mortalité à 30 jours est défini comme la proportion de séjours suivis du décès du patient dans un délai de 30 jours après la date de sortie. L'information sur le décès est issue du référentiel des bénéficiaires du système national des données en santé (IR_BEN_R) et croisée avec les données de séjours hospitaliers à l'aide du NIR anonymisé. Pour chaque patient, seule la mise à jour la plus récente est retenue afin de garantir la fiabilité de l'information.

Variation inter-établissements du taux de réhospitalisation

Pour chaque type d'intervention ou de prise en charge, l'analyse de la variation inter-établissements du taux de réhospitalisation à 30 jours se base uniquement sur les établissements ayant réalisé au moins 50 séjours.

Tableau n° 2 : nombre d'établissements par volume de séjours en 2024

	Nombre d'établissements avec au moins 1 séjour	Nombre d'établissements avec au moins 50 séjours
<i>Syndrome du canal carpien</i>	767	552
<i>Ablation de la vésicule biliaire</i>	760	628
<i>Prothèse hanche sans fracture</i>	735	534
<i>Prothèse du genou</i>	725	549
<i>Chirurgie du cancer colorectal</i>	709	280
<i>Insuffisance cardiaque</i>	1115	670

Source : Cour des comptes d'après données PMSI 2024

Les taux de réhospitalisation sont standardisés par l'âge et le sexe du patient. En effet, la probabilité de réhospitalisation dépend en partie des caractéristiques des patients. Par exemple, plus un patient est âgé, plus il est probable qu'il soit réhospitalisé dans les 30 jours et ce quelle que soit la qualité des soins de l'établissement. Chaque séjour est donc pondéré de manière à ce que, pour chaque établissement, la répartition par âge et par sexe des patients corresponde à la répartition observée au niveau national pour le type de séjour considéré.

**Tableau n° 3 : répartition nationale de l'âge des patients
par type de séjour en 2024**

	Répartition nationale de l'âge des patients
Syndrome du canal carpien	18-59 ans : 47 % 60-69 ans : 18 % 70-79 ans : 21 % 80+ ans : 14 %
Ablation de la vésicule biliaire	18-59 ans : 57 % 60-69 ans : 19 % 70-79 ans : 17 % 80+ ans : 8 %
Prothèse hanche sans fracture	18-59 ans : 17 % 60-69 ans : 27 % 70-79 ans : 38 % 80+ ans : 19 %
Prothèse de genou	18-59 ans : 11 % 60-69 ans : 30 % 70-79 ans : 44 % 80+ ans : 15 %
Chirurgie du cancer colorectal	18-59 ans : 19 % 60-69 ans : 24 % 70-79 ans : 33 % 80+ ans : 23 %
Insuffisance cardiaque	18-69 ans : 16 % 70-79 ans : 23 % 80-89 ans : 36 % 90+ ans : 25 %

Source : Cour des comptes

Les taux de réhospitalisation standardisés ainsi obtenus permettent de comparer les établissements en neutralisant les différences liées à la structure démographique de leurs patientèles. Cette standardisation vise à isoler, autant que possible, les écarts pouvant être attribués à la qualité des soins dispensés. Néanmoins, d'autres facteurs non pris en compte dans cet ajustement, tels que les comorbidités, la gravité des pathologies, l'état de santé général ou certaines caractéristiques socio-économiques des patients, peuvent également influencer la probabilité de réhospitalisation.

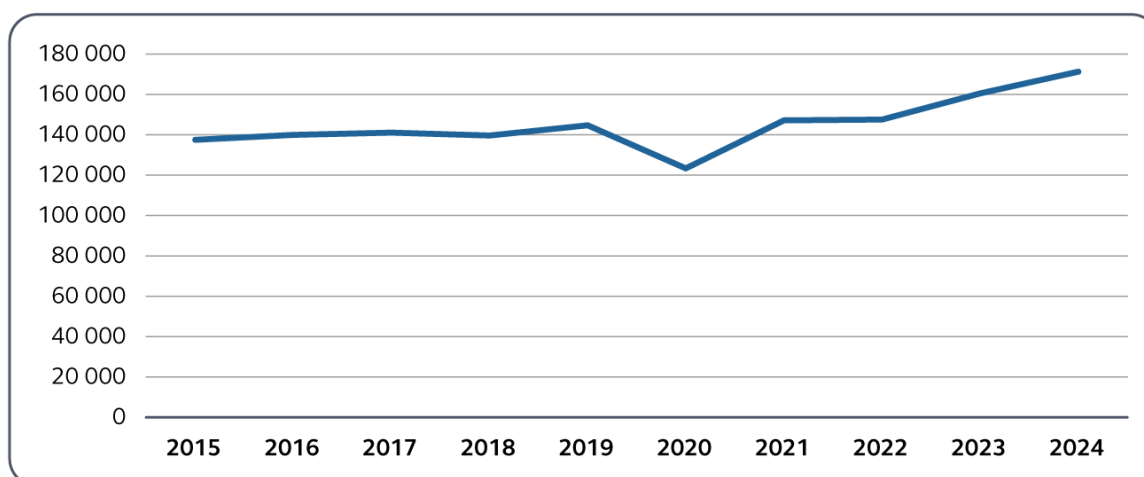
Les comparaisons entre établissements sont réalisées selon leur catégorie et leur niveau d'activité. Pour chaque type de prise en charge, les établissements sont répartis en quatre groupes de taille équivalente, déterminés à partir des quartiles du nombre de séjours spécifiques à ce type de prise en charge. Il ne s'agit donc pas du volume total d'activité de l'établissement, mais bien du nombre de séjours correspondant à l'acte ou à la pathologie étudiée. Cette approche permet de comparer des établissements présentant un niveau d'activité comparable pour la prise en charge considérée. Par exemple, pour la prothèse du genou, les établissements du premier quartile (Q1) réalisent entre 50 et 97 séjours de ce type, ceux du deuxième quartile (Q2) entre 98 et 172, du troisième quartile (Q3) entre 173 et 302, et du quatrième quartile (Q4) entre 303 et 1 747.

Certaines évolutions observées peuvent refléter des changements de codage ou de pratiques de recueil de données plutôt qu'une amélioration ou dégradation réelle de la qualité des soins.

Les graphiques représentant les résultats obtenus pour les six types de prise en charge sont présentés ci-après. Dans les graphiques 8/9/10, 14/15/16, 21/22/23, 28/29/30, 34/35/36 et 40/41/42 qui présentent la distribution des établissements selon un indicateur donné, l'histogramme (en bas) montre le nombre d'établissements pour chaque niveau de valeur, tandis que la boîte à moustaches (en haut) en propose une synthèse en indiquant la valeur centrale, la dispersion et les valeurs les plus extrêmes. Les points isolés correspondent aux établissements dont les valeurs s'écartent du reste de la distribution.

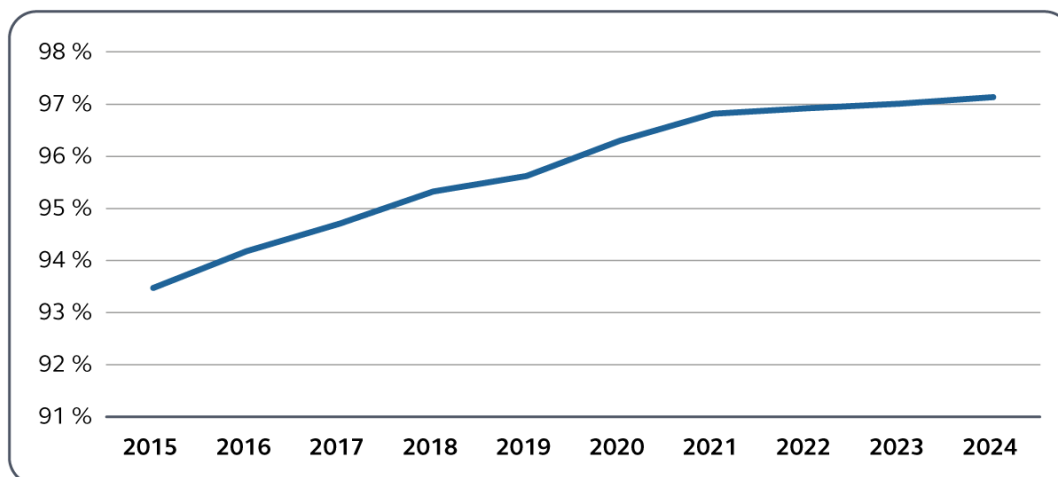
Chirurgie du canal carpien

**Graphique n° 5 : évolution du nombre de séjours
pour la chirurgie du canal carpien**



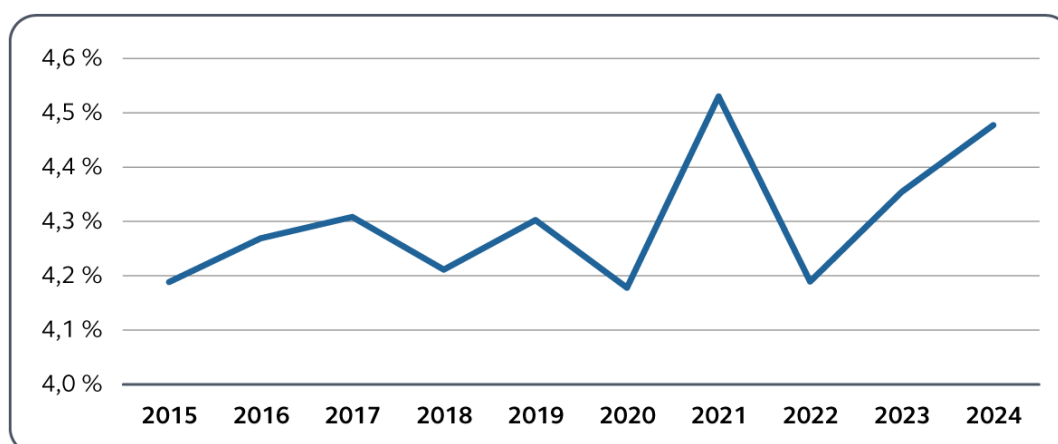
Source : PMSI 2015-2024

**Graphique n° 6 : évolution du taux ambulatoire
pour la chirurgie du canal carpien**



Source : PMSI 2015-2024

**Graphique n° 7 : évolution du taux de réhospitalisation
après chirurgie du canal carpien**



Source : Cour des comptes d'après PMSI 2015-2024

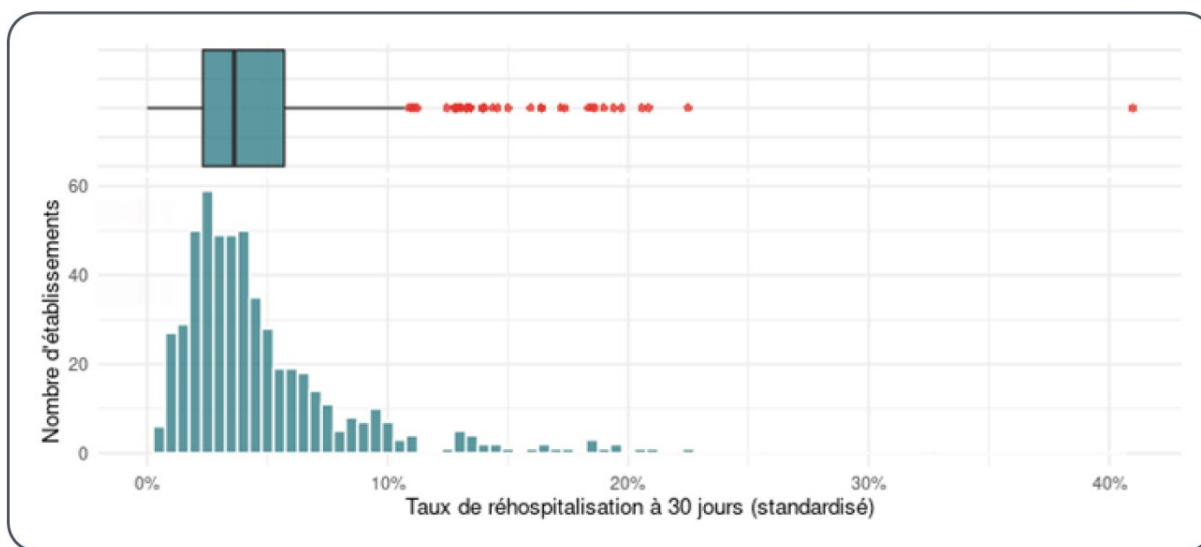
Variation inter-établissements du taux de réhospitalisation

Pour la chirurgie du canal carpien, 552 établissements ont réalisé au moins 50 séjours en 2024. Le taux standardisé moyen de réhospitalisation à 30 jours s'élève à 4,6 % (écart-type 3,9 %). Les taux observés par établissement varient entre 0 % et 41,0 %, avec la majorité des établissements situés entre 2,3 % (Q1) et 5,7 % (Q3).

Selon la catégorie d'établissement, les CH présentent le taux moyen le plus élevé (5,0 %), suivis des CHU (4,4 %) et des établissements privés à but lucratif (4,5 %). Les établissements à but non lucratif (PSPH²/EBNL) affichent un taux comparable (4,3 %). Ces différences restent toutefois limitées.

L'analyse par niveau d'activité ne révèle pas de tendance marquée entre le volume de séjours et le taux de réhospitalisation. Les taux moyens varient de 4,7 % à 4,9 % selon les quartiles, sans différence nette entre les établissements les moins et les plus actifs.

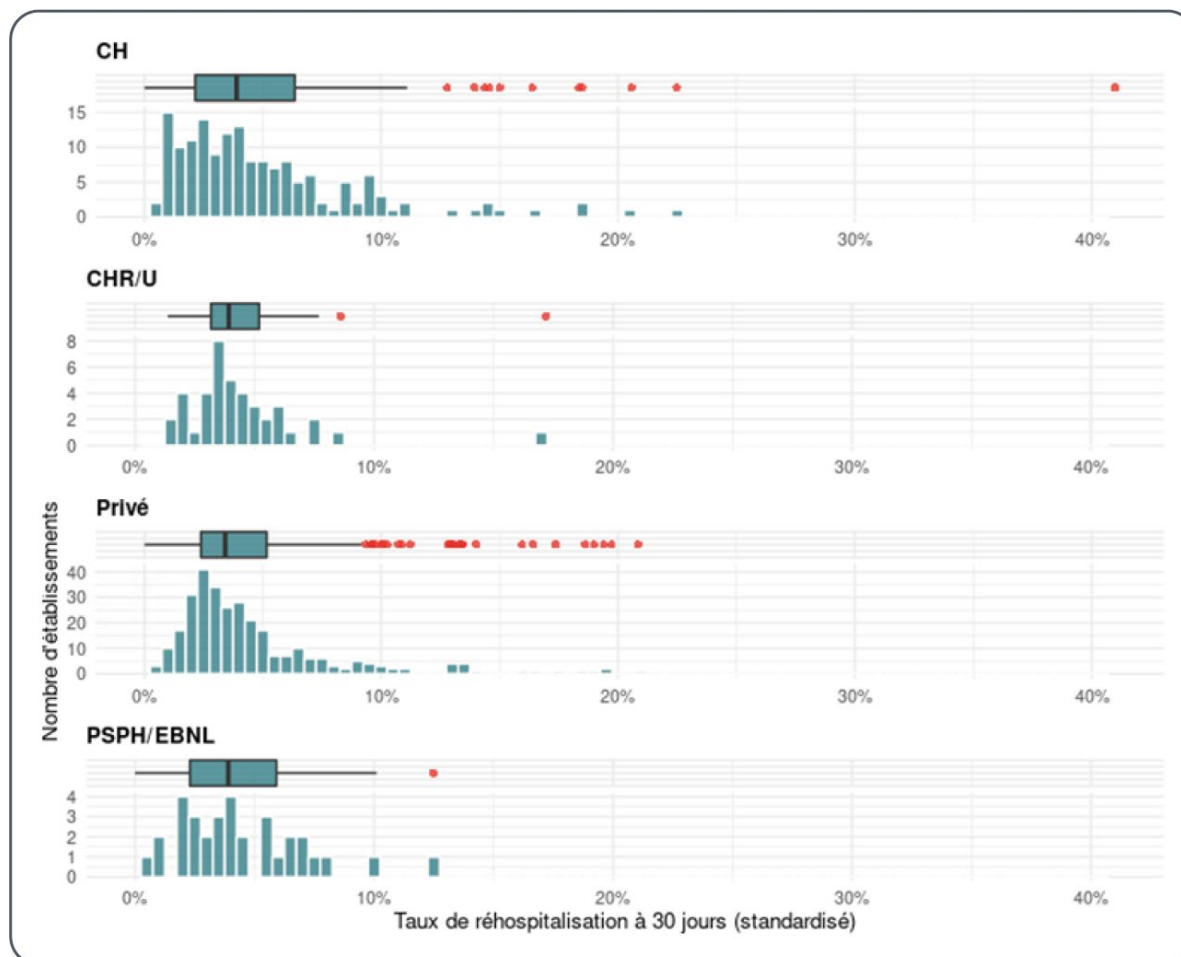
Graphique n° 8 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours (2024)



Source : Cour des comptes d'après PMSI

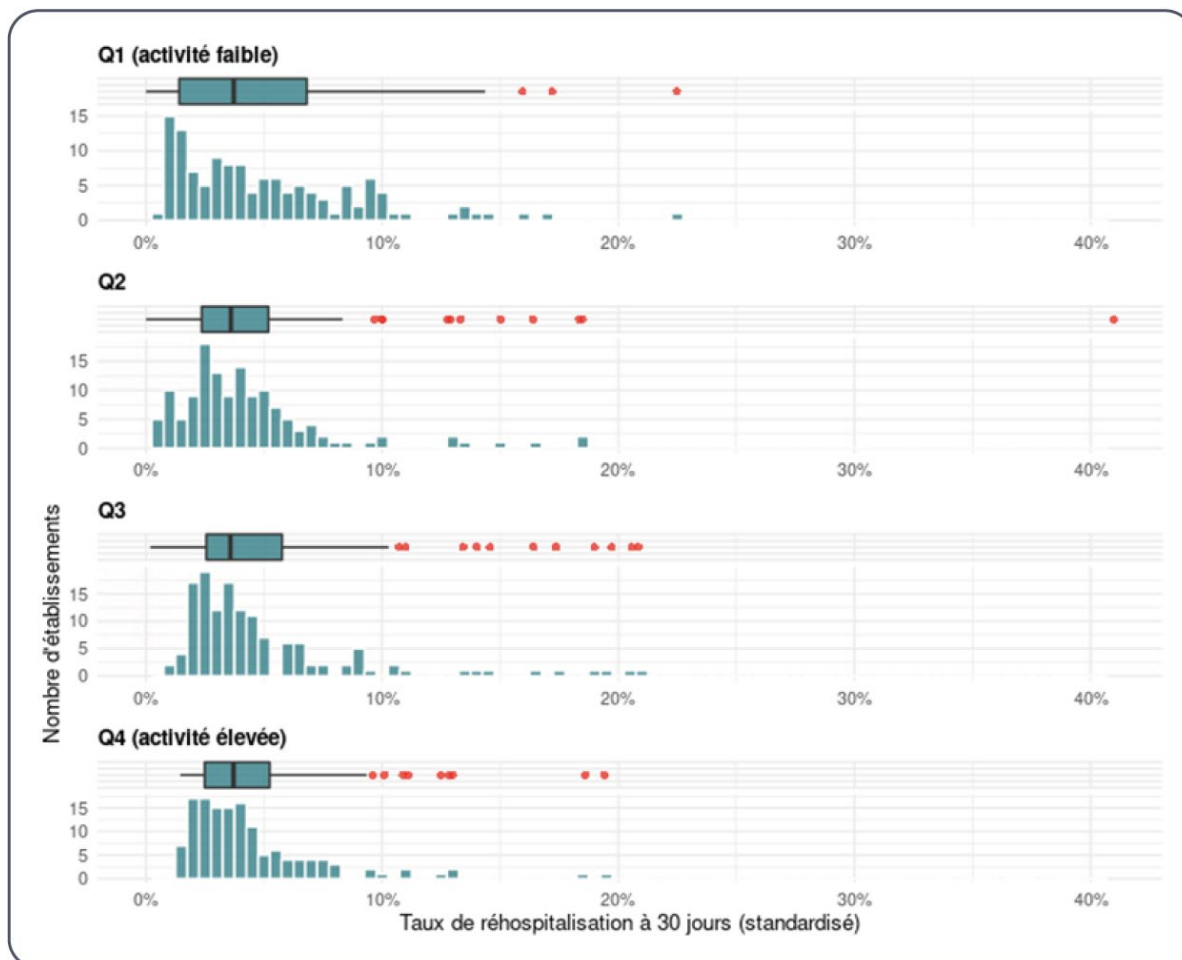
² Participant au service public hospitalier.

Graphique n° 9 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours pour chaque catégorie d'établissement (2024)



Source : Cour des comptes d'après PMSI

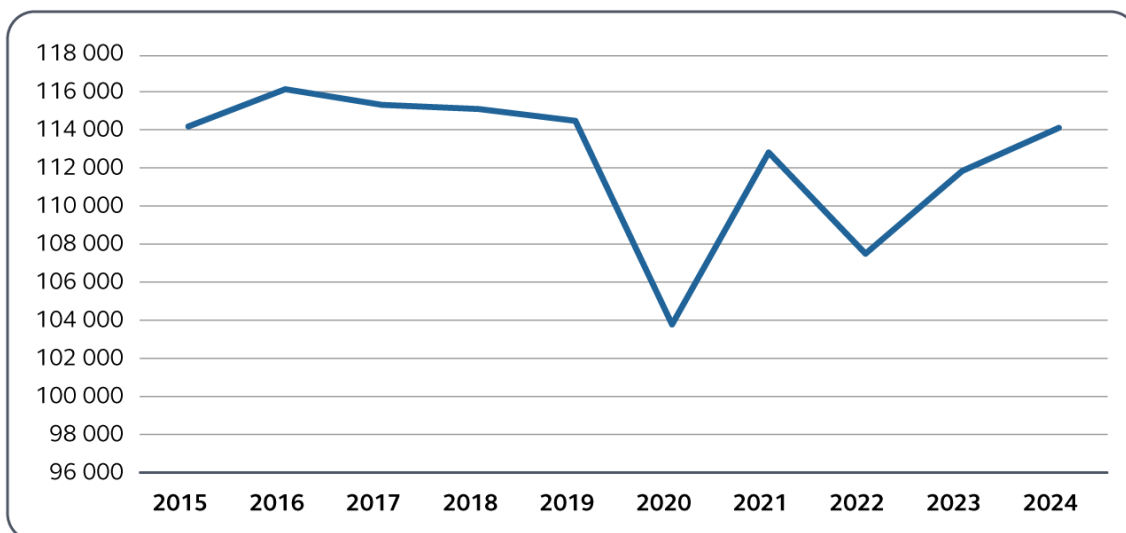
Graphique n° 10 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours par niveau d'activité (2024)



Source : Cour des comptes d'après PMSI

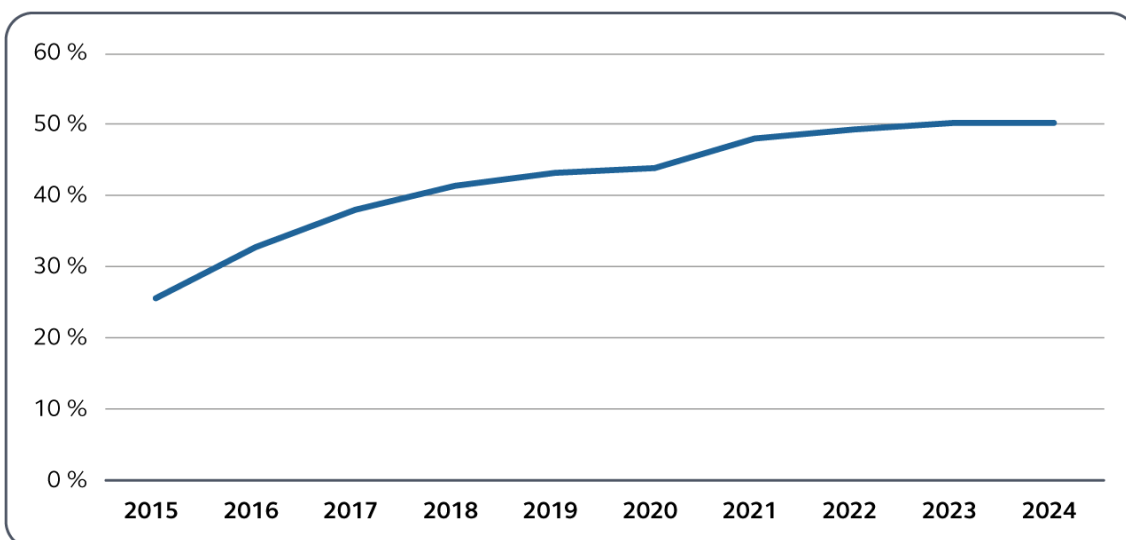
Ablation de la vésicule biliaire :

**Graphique n° 11 : évolution du nombre de séjours
pour ablation de la vésicule biliaire**



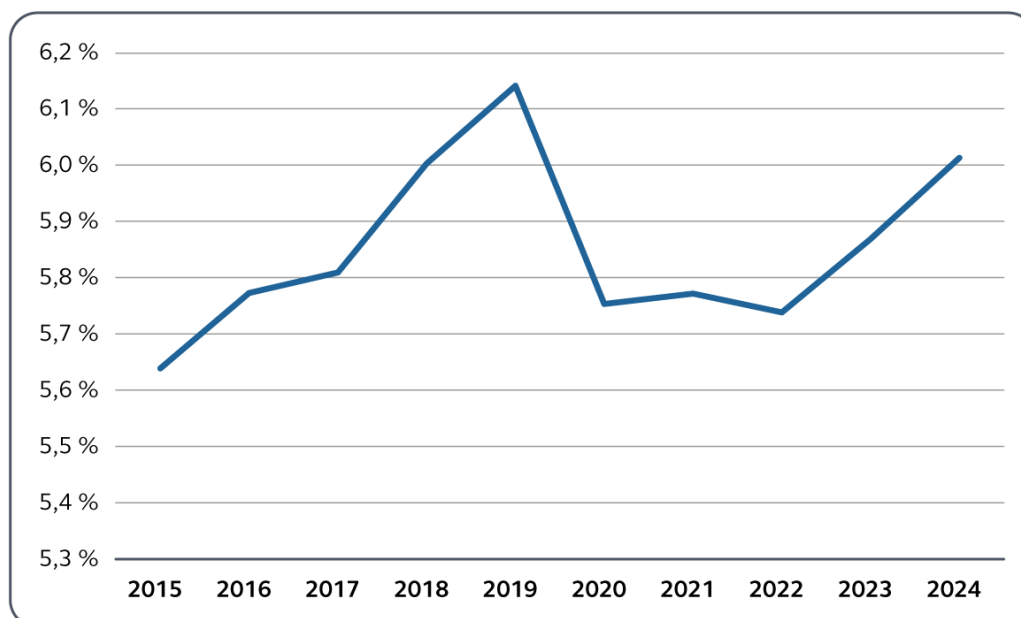
Source : PMSI 2015-2024

**Graphique n° 12 : évolution du taux ambulatoire
pour ablation de la vésicule biliaire**



Source : PMSI 2015-2024

**Graphique n° 13 : évolution du taux de réhospitalisation
après ablation de la vésicule biliaire**



Source : Cour des comptes d'après PMSI 2015-2024

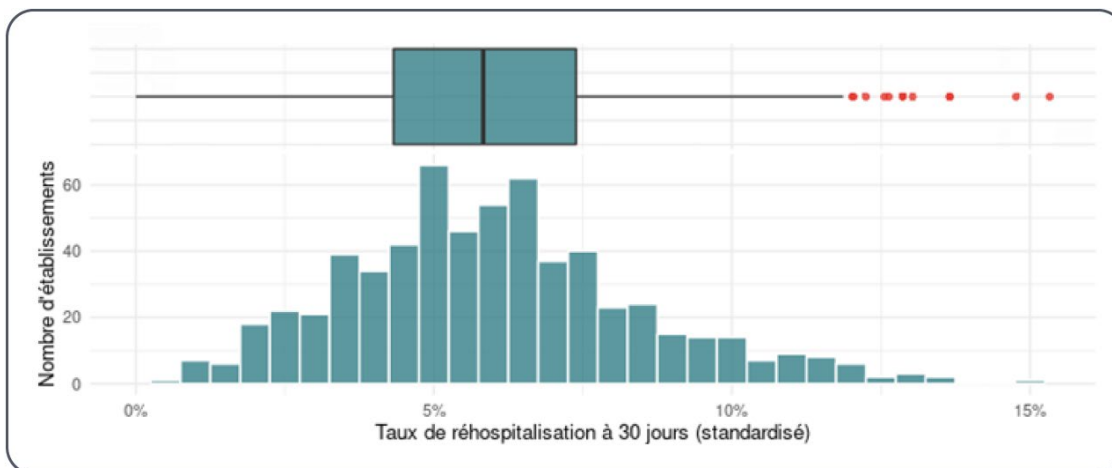
Variation inter-établissements du taux de réhospitalisation

Pour l'ablation de la vésicule biliaire, 628 établissements ont réalisé au moins 50 séjours en 2024. Le taux standardisé moyen de réhospitalisation à 30 jours s'élève à 6,0 % (écart-type 2,5 %). Les taux observés par établissement varient entre 0 % et 15,3 %, avec la majorité des établissements situés entre 4,3 % (Q1) et 7,4 % (Q3).

Les différences selon la catégorie d'établissement sont modestes. Les CHU présentent les taux moyens les plus élevés (7,4 %), suivis des établissements à but non lucratif (6,3 %) et des CH (6,2 %). Les établissements privés à but lucratif enregistrent les taux les plus faibles, avec une moyenne de 5,5 %.

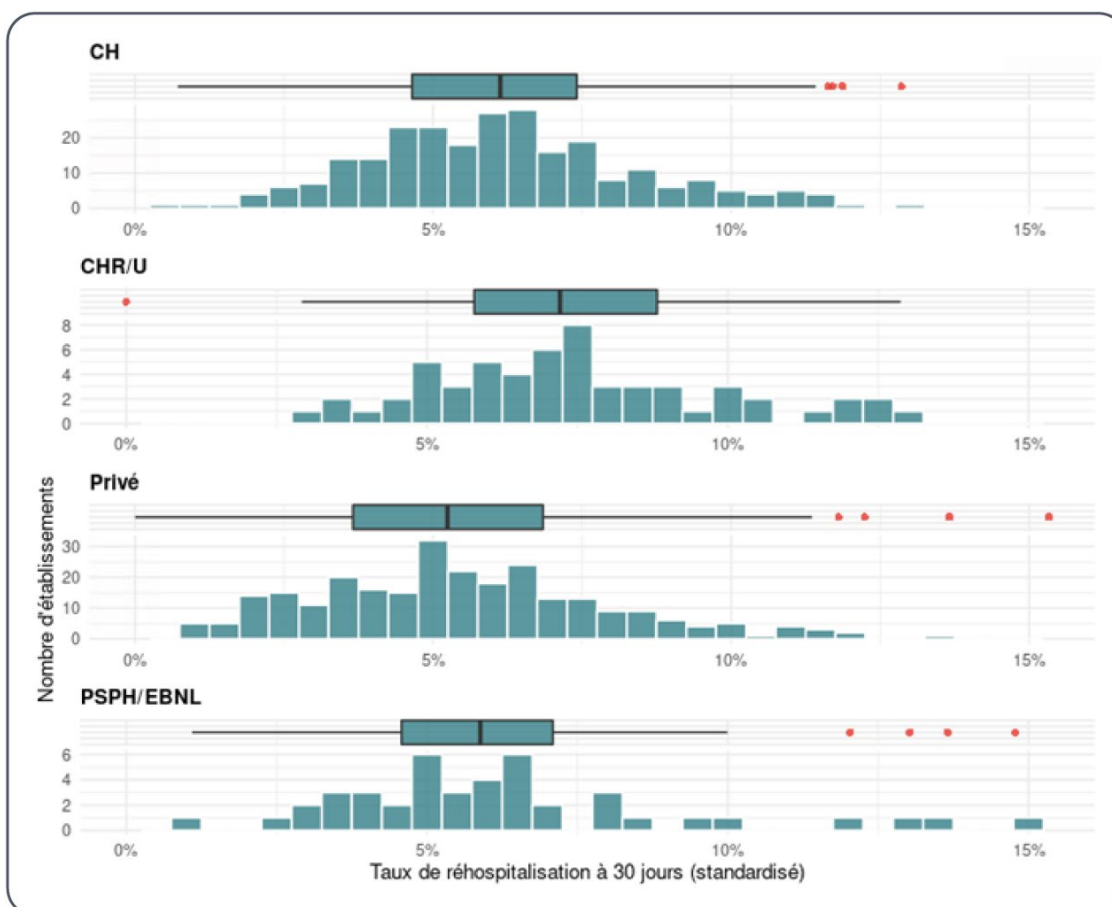
L'analyse par niveau d'activité montre que le taux moyen est de 5,9 % dans le quartile d'activité le plus faible et de 6,3 % dans le quartile le plus élevé, sans différence marquée entre les classes intermédiaires (5,8 % et 6,0 %). Ces écarts demeurent faibles et ne traduisent pas de relation claire entre le volume d'activité et les taux de réhospitalisation.

Graphique n° 14 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours (2024)



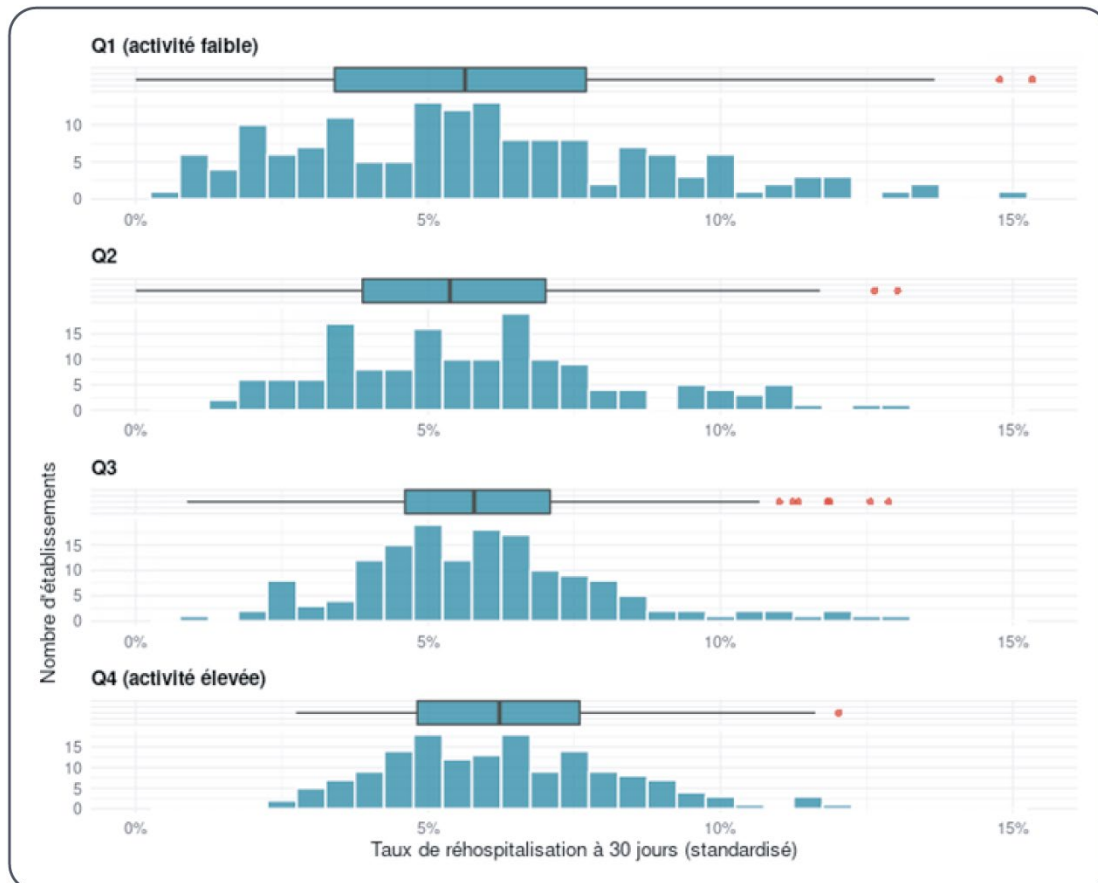
Source : Cour des comptes d'après PMSI

Graphique n° 15 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours pour chaque catégorie d'établissement (2024)



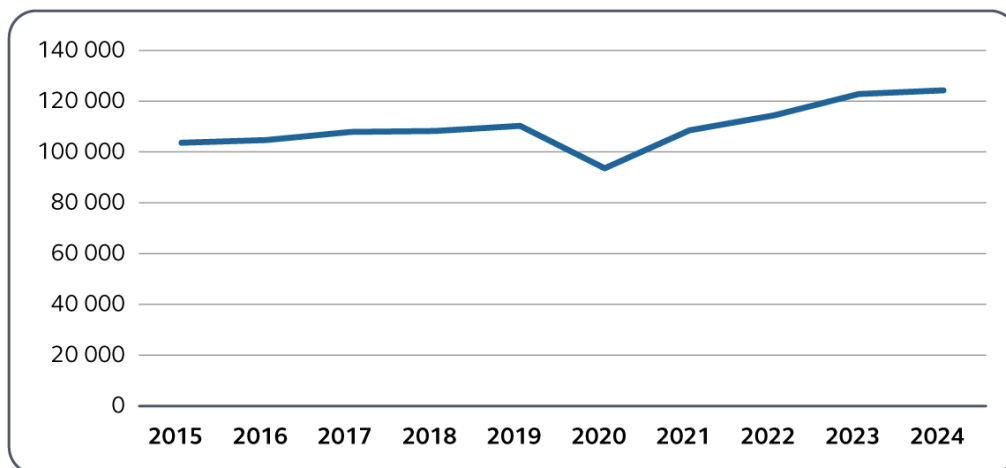
Source : Cour des comptes d'après PMSI

**Graphique n° 16 : distribution du nombre d'établissements
par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours
par niveau d'activité (2024)**



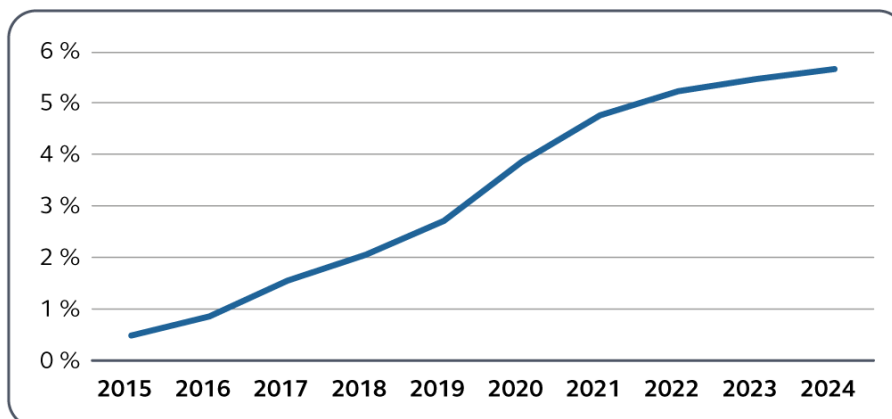
Source : Cour des comptes d'après PMSI

Pose de prothèse de hanche sans fracture :
**Graphique n° 17 : évolution du nombre de séjours
pour pose de prothèse de hanche sans fracture**



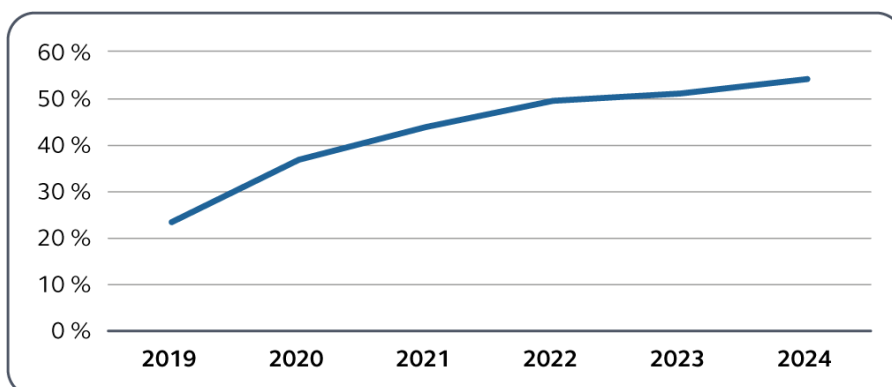
Source : PMSI 2015-2024

Graphique n° 18 : évolution du taux ambulatoire pour pose de prothèse de hanche sans fracture



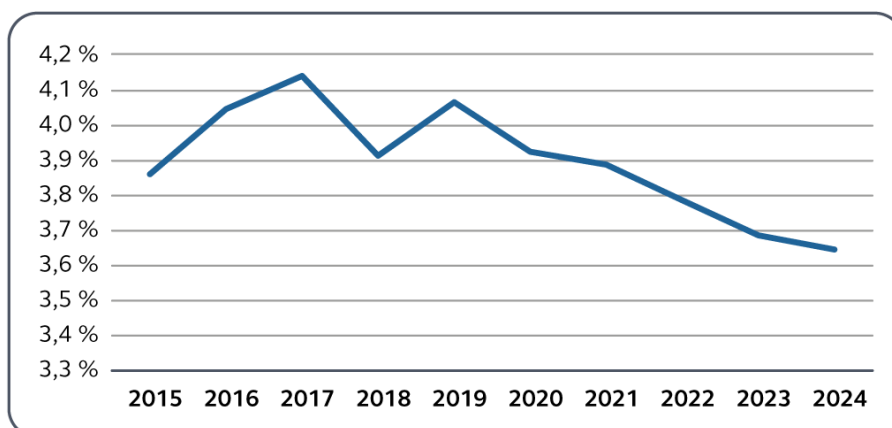
Source : PMSI 2015-2024

Graphique n° 19 : évolution du taux de séjours avec RAAC pour pose de prothèse de hanche sans fracture



Source : PMSI 2015-2024

Graphique n° 20 : évolution du taux de réhospitalisation après pose de prothèse de hanche sans fracture



Source : Cour des comptes d'après PMSI 2015-2024

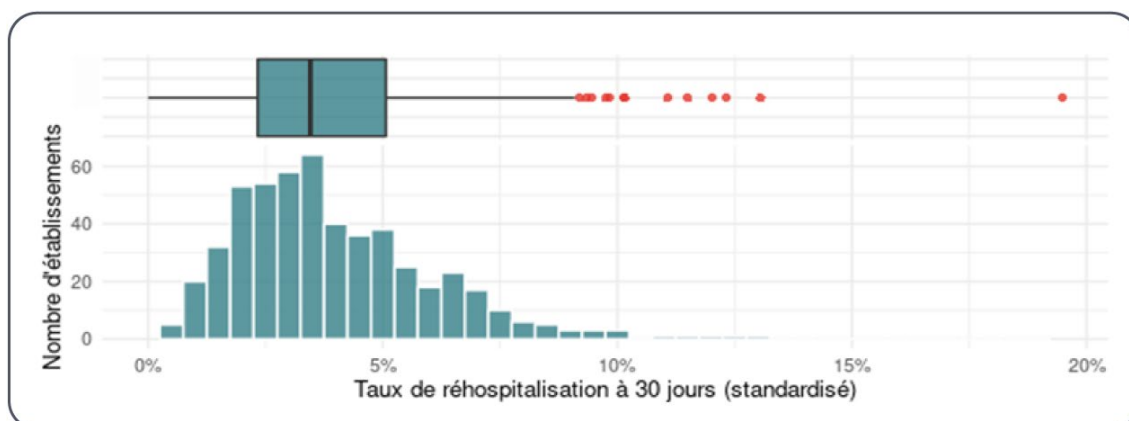
Variation inter-établissements du taux de réhospitalisation

Pour la prothèse de la hanche sans fracture, 534 établissements ont réalisé au moins 50 séjours en 2024. Le taux standardisé moyen de réhospitalisation à 30 jours s'élève à 3,9 % (écart-type 2,2 %). Les taux par établissements varient globalement entre 0 % et 19,5 %, avec la majorité des établissements situés entre 2 % (Q1) et 5 % (Q3).

Ce taux varie selon la catégorie d'établissement : les CHU présentent les taux les plus élevés (5,4 % en moyenne), suivis des CH (4,4 %). Les établissements privés à but lucratif enregistrent des taux plus faibles (3,3 %), tandis que les établissements privés à but non lucratif se situent à un niveau intermédiaire (3,7 %).

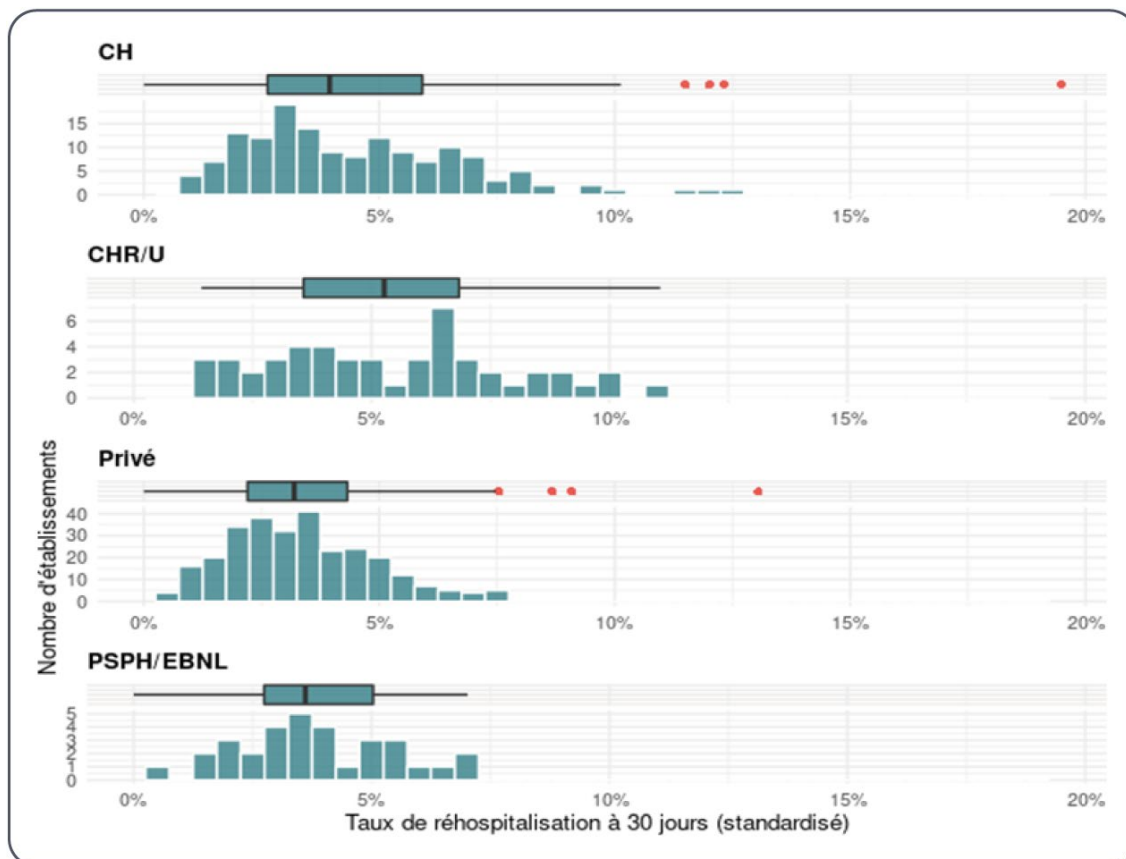
L'analyse par niveau d'activité, mesuré selon les quartiles du nombre de séjours de prothèse de la hanche sans fracture, ne met pas en évidence de relation claire entre le volume d'activité et le taux de réhospitalisation. Les taux moyens varient de 3,5 % à 4,1 % selon les quartiles.

Graphique n° 21 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours (2024)



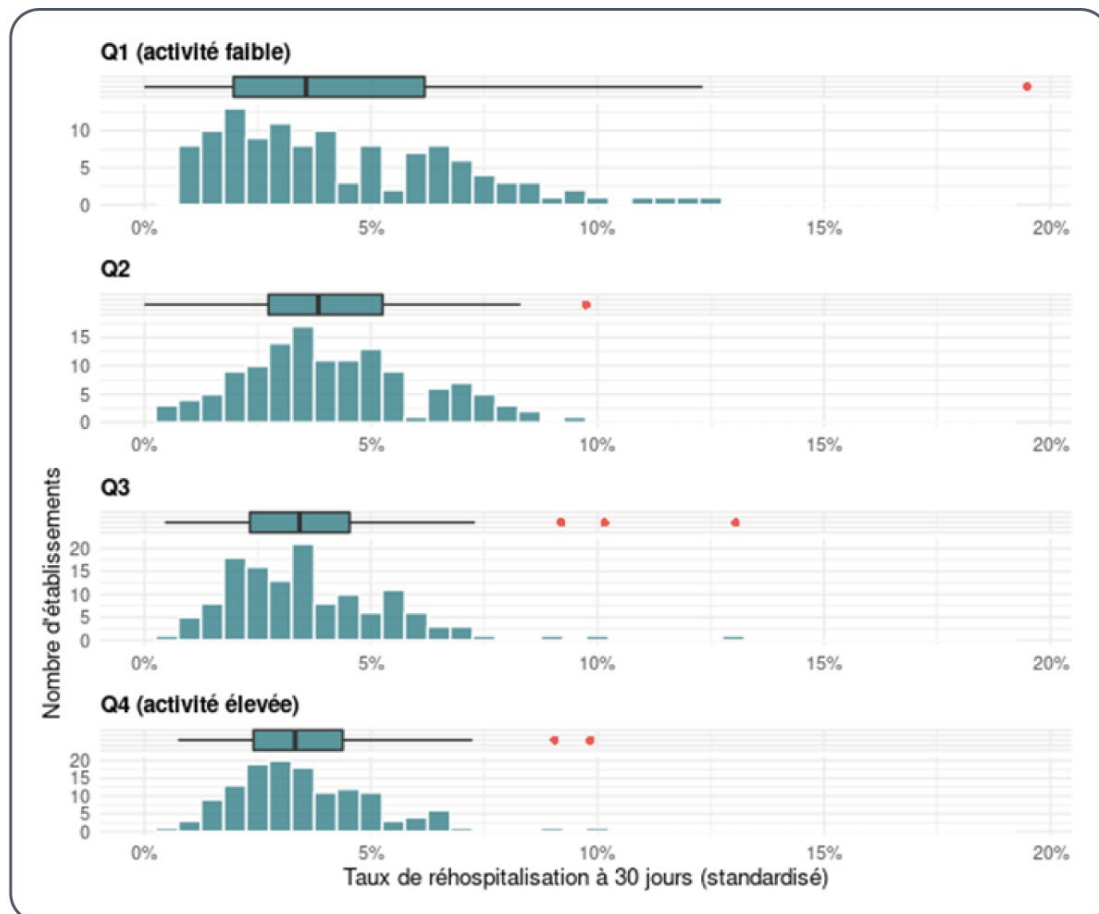
Source : Cour des comptes d'après données PMSI

Graphique n° 22 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours pour chaque catégorie d'établissement (2024)



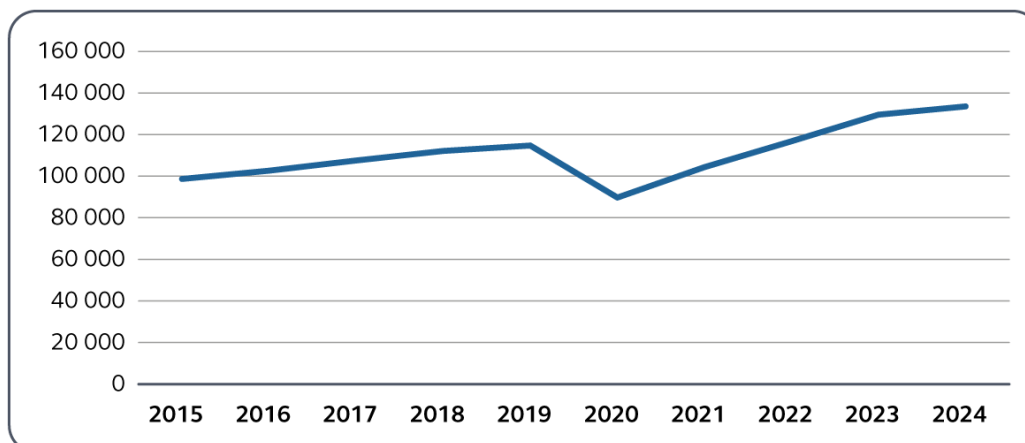
Source : Cour des comptes d'après données PMSI

Graphique n° 23 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours par niveau d'activité (2024)



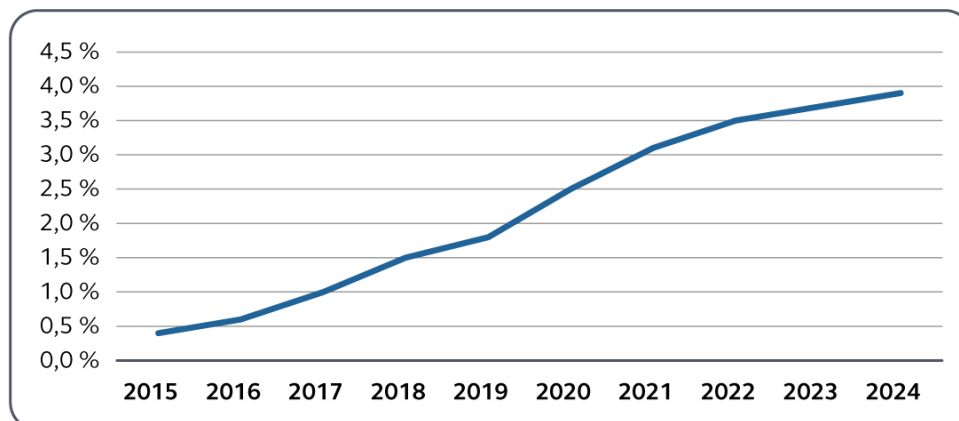
Source : Cour des comptes d'après PMSI

Pose de prothèse de genou
Graphique n° 24 : évolution du nombre de séjours pour pose de prothèse de genou



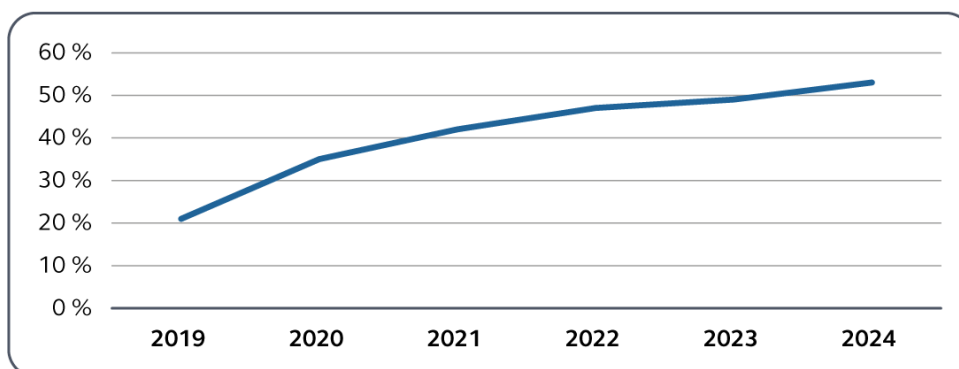
Source : PMSI 2015-2024

**Graphique n° 25 : évolution du taux ambulatoire
pour pose de prothèse de genou**



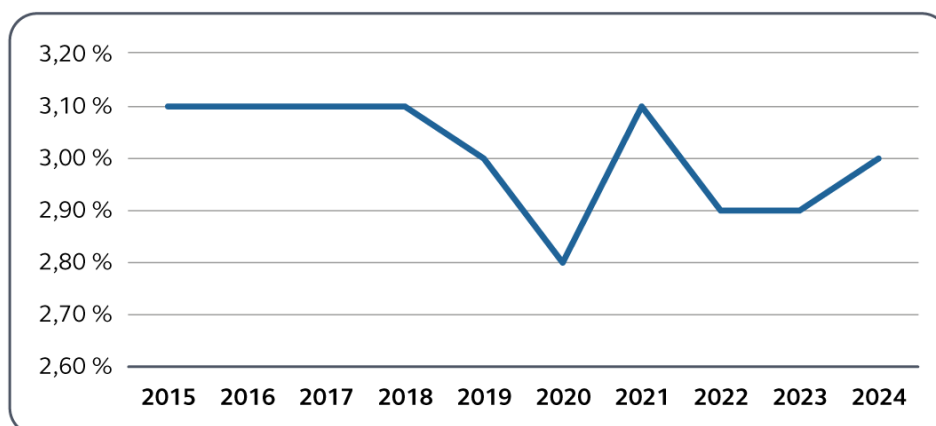
Source : PMSI 2015-2024

**Graphique n° 26 : évolution du taux de séjours avec RAAC
pour pose de prothèse de genou**



Source : PMSI 2015-2024

**Graphique n° 27 : évolution du taux de réhospitalisation
après pose de prothèse de genou**



Source : Cour des comptes d'après PMSI 2015-2024

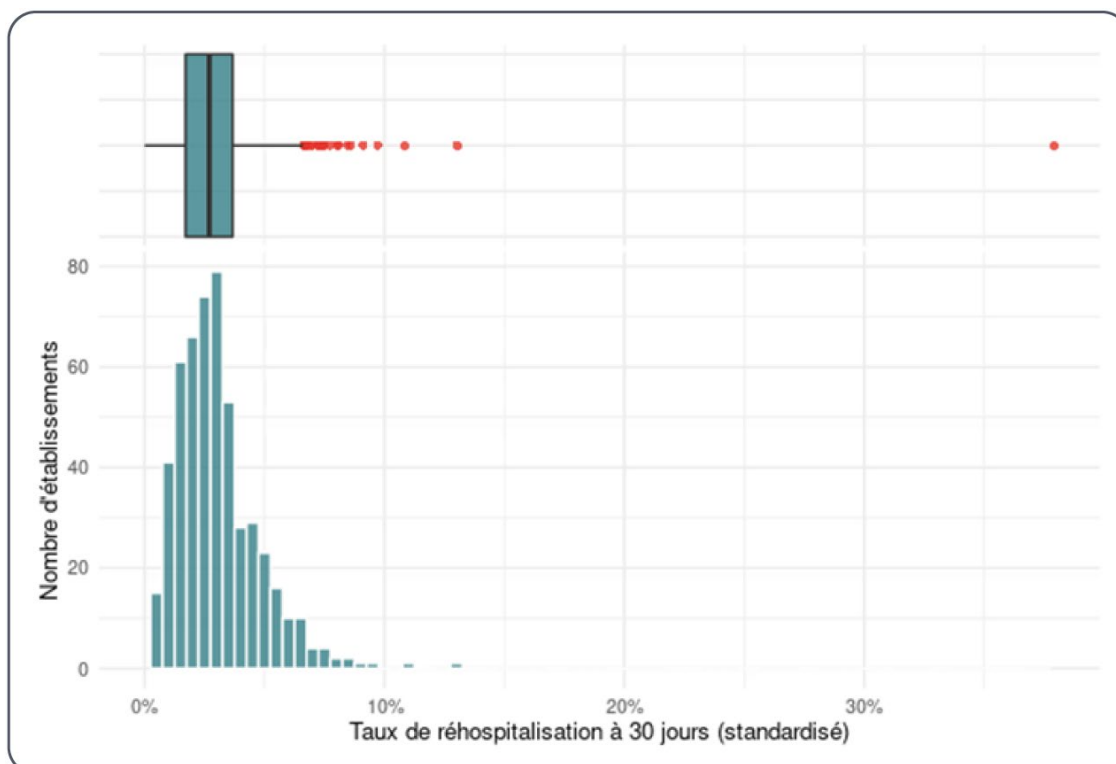
Variation inter-établissements du taux de réhospitalisation

Pour les poses de prothèse du genou, l'analyse porte sur 549 établissements ayant réalisé au moins 50 séjours en 2024. Le taux standardisé moyen de réhospitalisation à 30 jours s'élève à 2,96 % (écart-type 2,3 %).

Ce taux présente toutefois des variations selon la catégorie d'établissement. Les CHU affichent un taux moyen légèrement supérieur à la moyenne nationale (3,44 %), tandis que les établissements privés à but lucratif présentent des taux légèrement plus faibles (2,81 % en moyenne). Les CH et les établissements privés à but non lucratif se situent à un niveau intermédiaire, autour de 3 %.

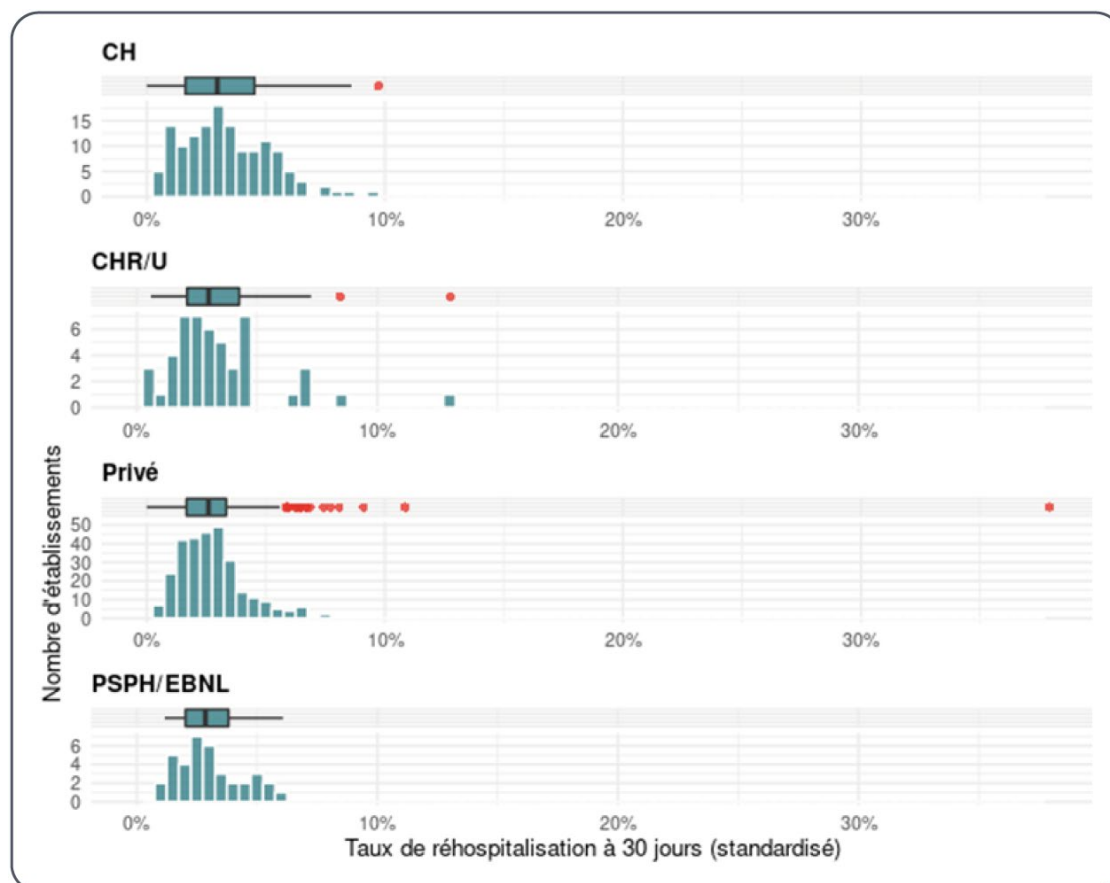
Lorsque l'on considère le niveau d'activité, mesuré à partir des quartiles du nombre de séjours de prothèse du genou, aucune tendance nette n'apparaît. Les établissements avec le moins d'activité (Q1) présentent un taux moyen de 2,86 %, proche de celui des établissements avec le plus d'activité (Q4, 2,92 %). Les quartiles intermédiaires (Q2 et Q3) enregistrent des taux similaires, autour de 3 %. Ces résultats suggèrent que, pour cette prise en charge, le niveau d'activité de l'établissement n'est pas un facteur déterminant du taux de réhospitalisation à 30 jours, une fois les différences de structure démographique des patientèles neutralisées.

Graphique n° 28 : distribution du nombre d'établissement par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours (2024)



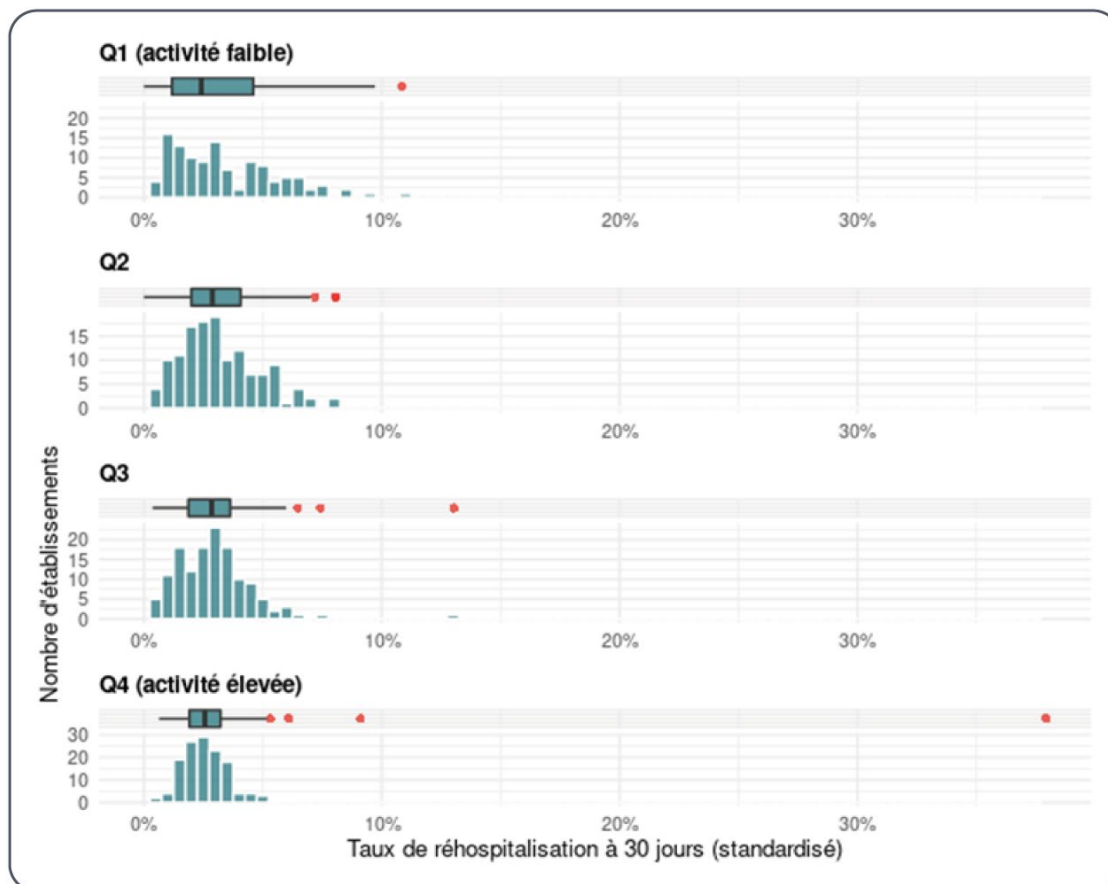
Source : Cour des comptes d'après PMSI 2024

Graphique n° 29 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours pour chaque catégorie d'établissement (2024)



Source : Cour des comptes d'après PMSI 2024

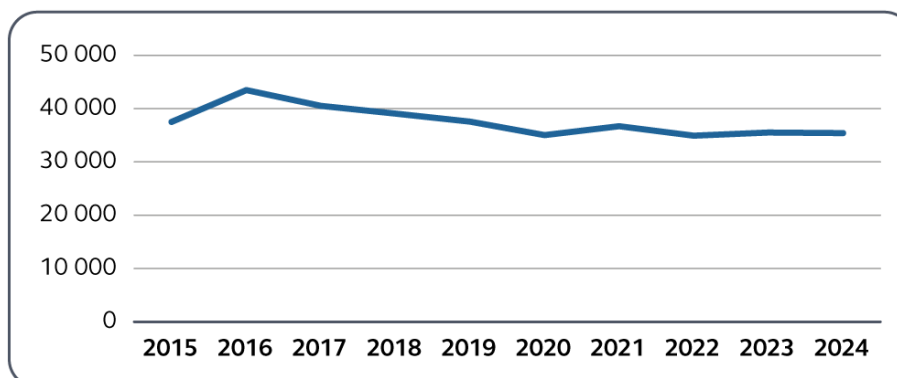
Graphique n° 30 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours par niveau d'activité (2024)



Source : Cour des comptes d'après PMSI 2024

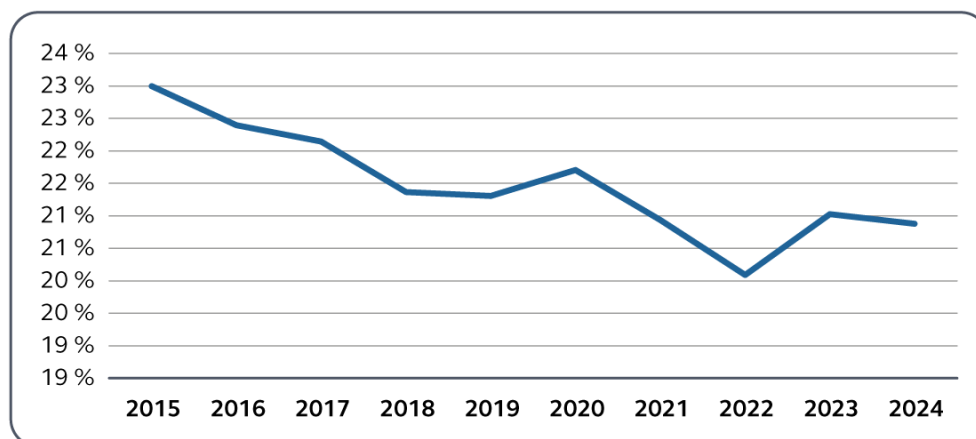
Chirurgie du cancer colorectal

Graphique n° 31 : évolution du nombre de séjours pour chirurgie du cancer colorectal



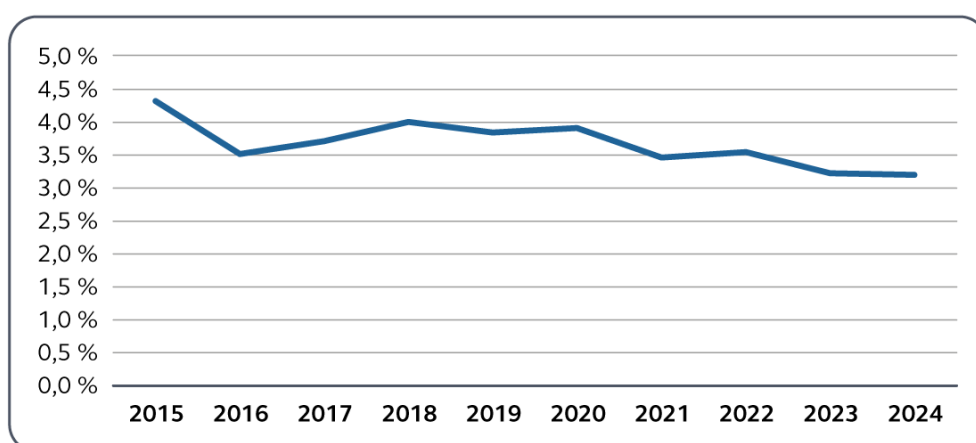
Source : PMSI 2015-2024

**Graphique n° 32 : évolution du taux de réhospitalisation
après chirurgie du cancer colorectal**



Source : Cour des comptes d'après PMSI 2015-2024

**Graphique n° 33 : évolution du taux de mortalité
après chirurgie du cancer colorectal**



Source : Cour des comptes d'après PMSI 2015-2024

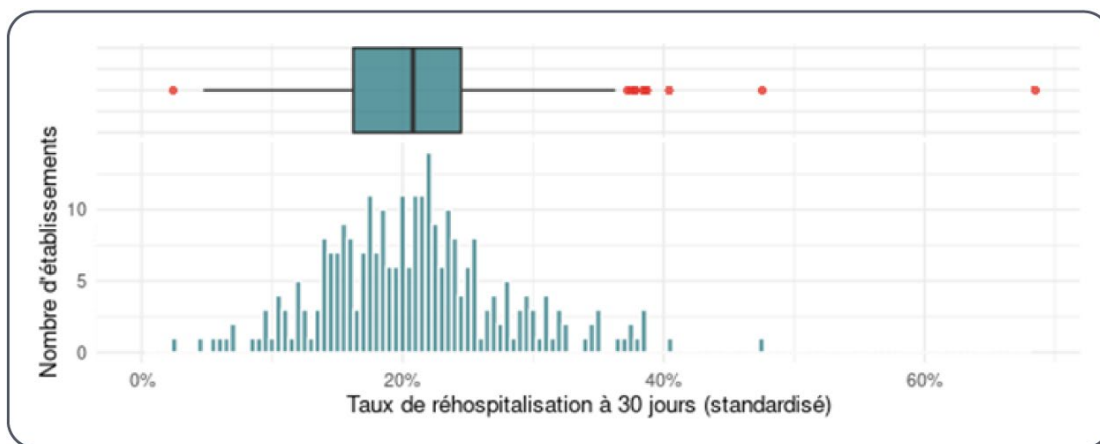
Variation inter-établissements du taux de réhospitalisation

Pour la chirurgie du cancer du côlon, 280 établissements ont réalisé au moins 50 séjours en 2024. Le taux standardisé moyen de réhospitalisation à 30 jours s'élève à 21,1 % (écart-type 7,5 %). Les taux observés par établissement varient entre 2,4 % et 68,5 %, avec la majorité des établissements situés entre 16,2 % (Q1) et 24,5 % (Q3).

Les différences selon la catégorie d'établissement sont modérées. Les CH présentent les taux moyens les plus élevés (23,1 %), suivis des CHU (18,7 %) et des établissements privés à but lucratif (20,9 %). Les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les établissements à but non lucratif se situent à un niveau intermédiaire, avec des taux moyens proches (respectivement 19,5 % et 19,6 %).

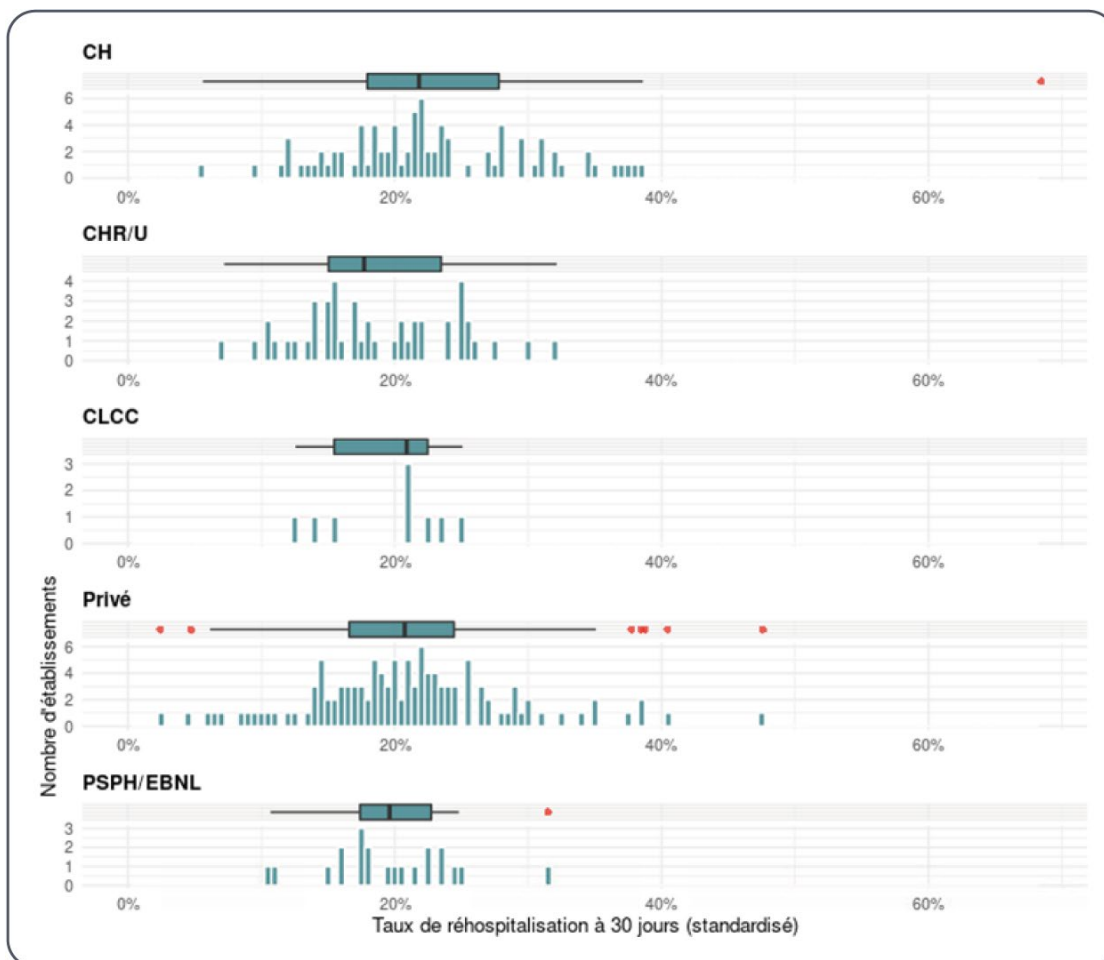
L'analyse par niveau d'activité ne met pas en évidence de relation claire entre le volume d'activité et les taux de réhospitalisation. Le taux moyen passe de 22,7 % dans le quartile le plus faible à 20,2 % dans le quartile le plus élevé, avec des valeurs intermédiaires autour de 21 %.

Graphique n° 34 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours (2024)



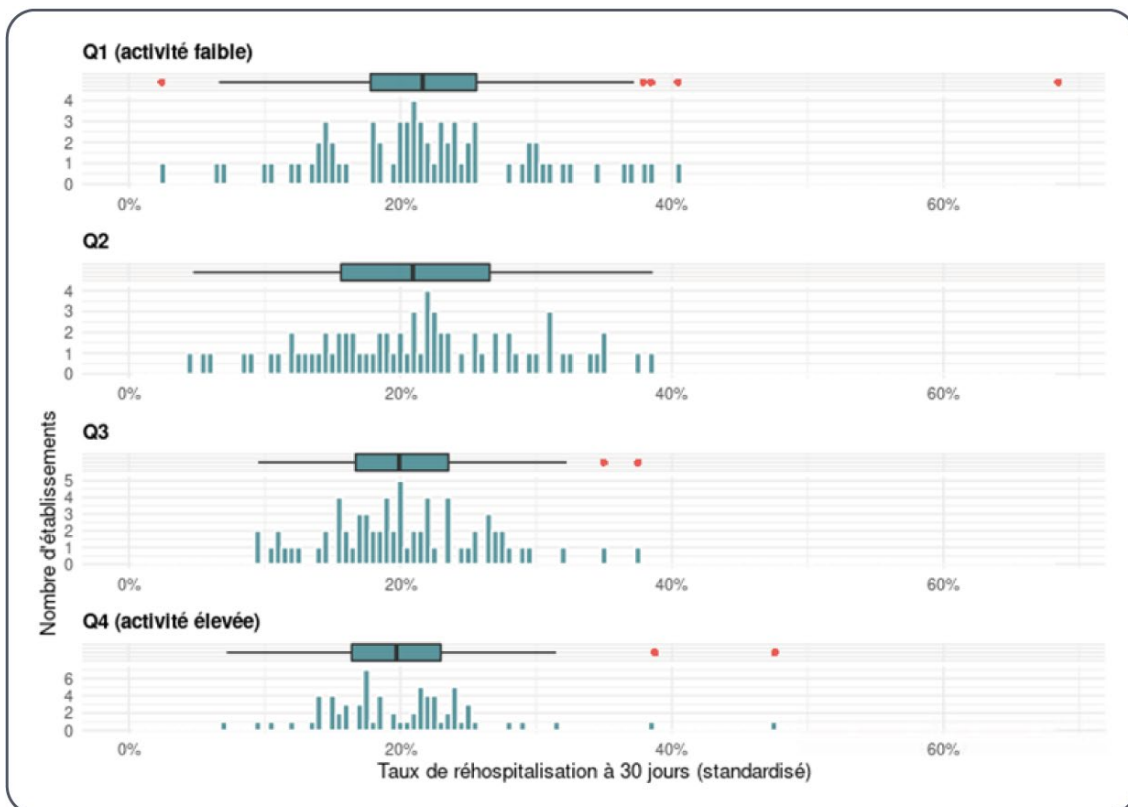
Source : Cour des comptes d'après PMSI 2024

Graphique n° 35 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours pour chaque catégorie d'établissement (2024)



Source : Cour des comptes d'après PMSI 2024

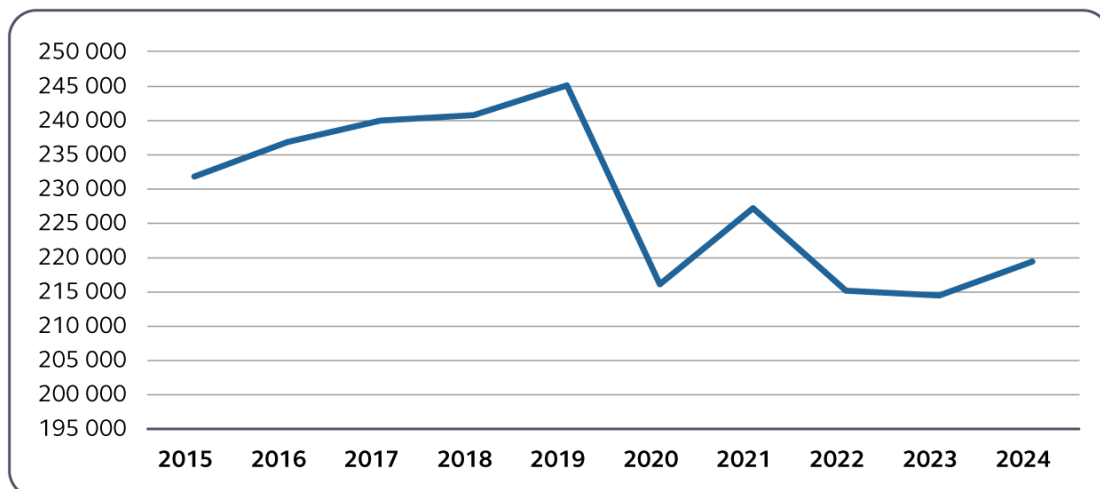
Graphique n° 36 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours par niveau d'activité (2024)



Source : Cour des comptes d'après PMSI 2024

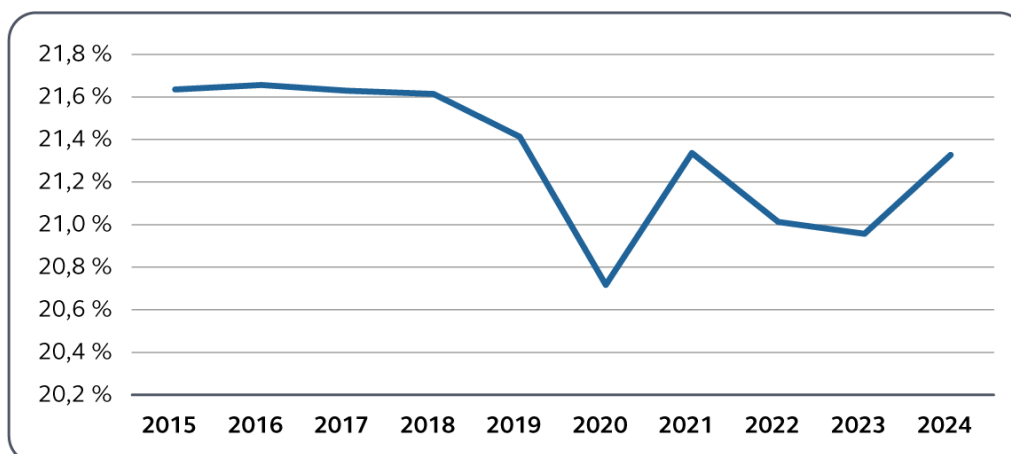
Insuffisance cardiaque

Graphique n° 37 : évolution du nombre de séjours pour insuffisance cardiaque



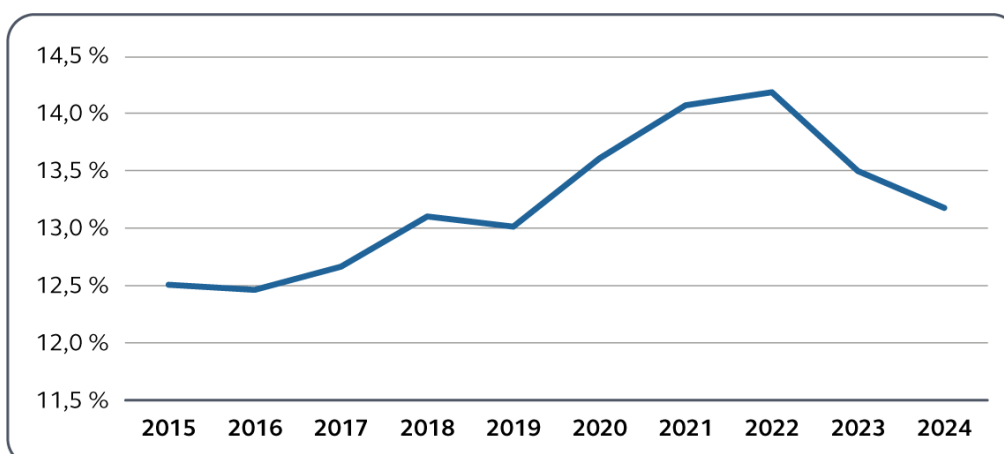
Source : PMSI 2015-2024

Graphique n° 38 : évolution du taux de réhospitalisation pour insuffisance cardiaque



Source : PMSI 2015-2024

Graphique n° 39 : évolution du taux de mortalité pour insuffisance cardiaque



Source : Cour des comptes d'après PMSI 2015-2024

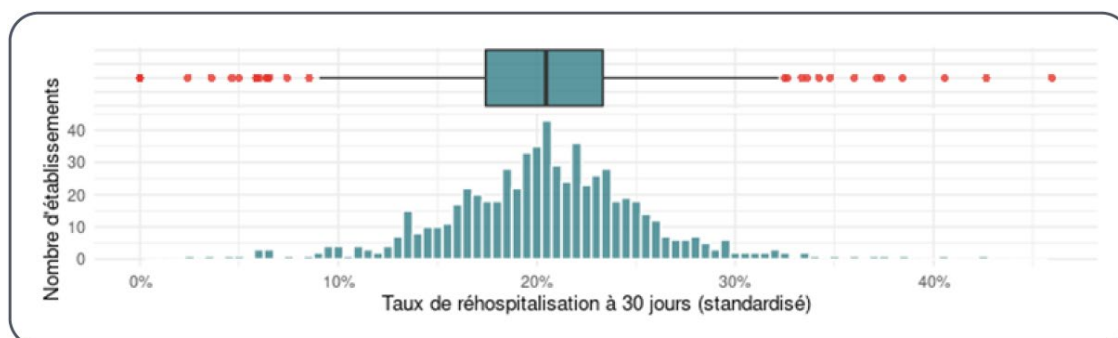
Variation inter-établissements du taux de réhospitalisation

Concernant l'insuffisance cardiaque, 670 établissements ont réalisé au moins 50 séjours en 2024. Le taux standardisé moyen de réhospitalisation à 30 jours s'élève à 20,3 % (écart-type 5,6 %). Les taux observés par établissement varient entre 0 % et 45,9 %, avec la majorité des établissements situés entre 17,4 % (Q1) et 23,3 % (Q3).

Les écarts entre catégories d'établissements sont faibles. Les établissements privés à but lucratif présentent un taux moyen légèrement supérieur (20,9 %), proche de ceux observés dans les établissements à but non lucratif (20,8 %). Les CH et les CHU affichent des taux comparables, autour de 20,1 % et 20,2 % respectivement.

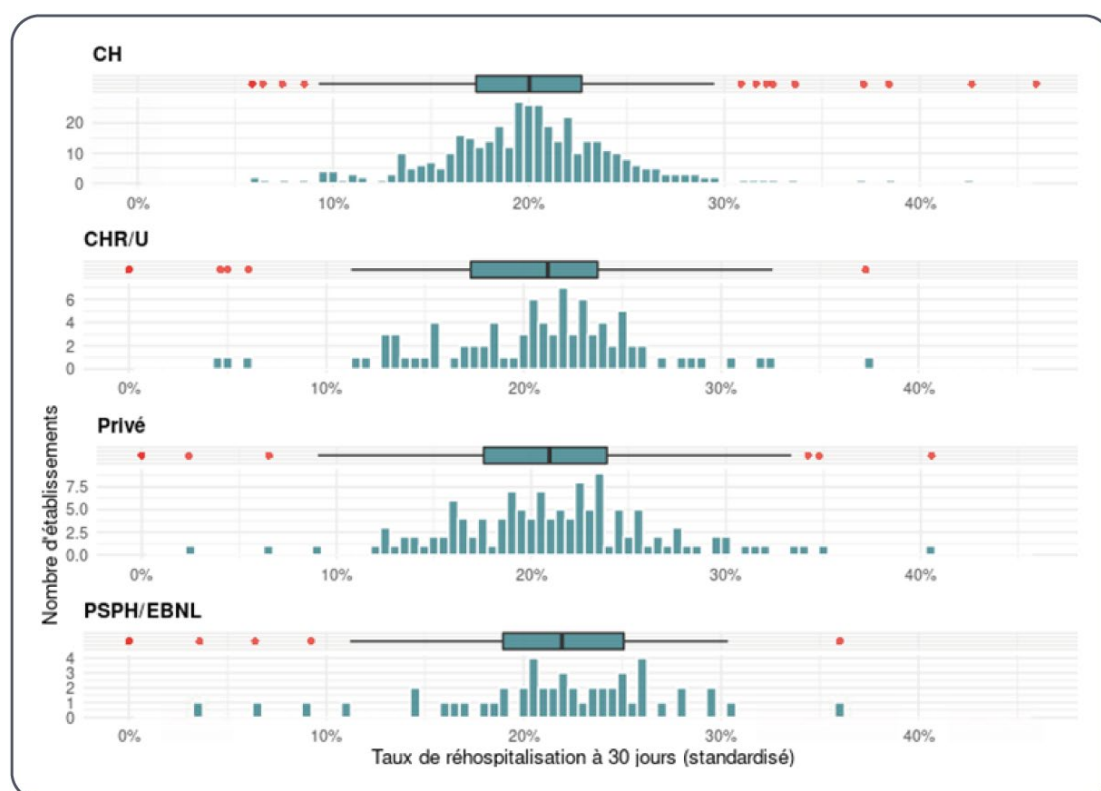
L'analyse par niveau d'activité montre une légère tendance à la hausse du taux de réhospitalisation dans les établissements les plus actifs : le taux moyen passe de 18,4 % dans le quartile d'activité le plus faible à 21,6 % dans le plus élevé. Les deux quartiles intermédiaires se situent à un niveau intermédiaire (20,2 % et 21,1 %).

Graphique n° 40 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours (2024)



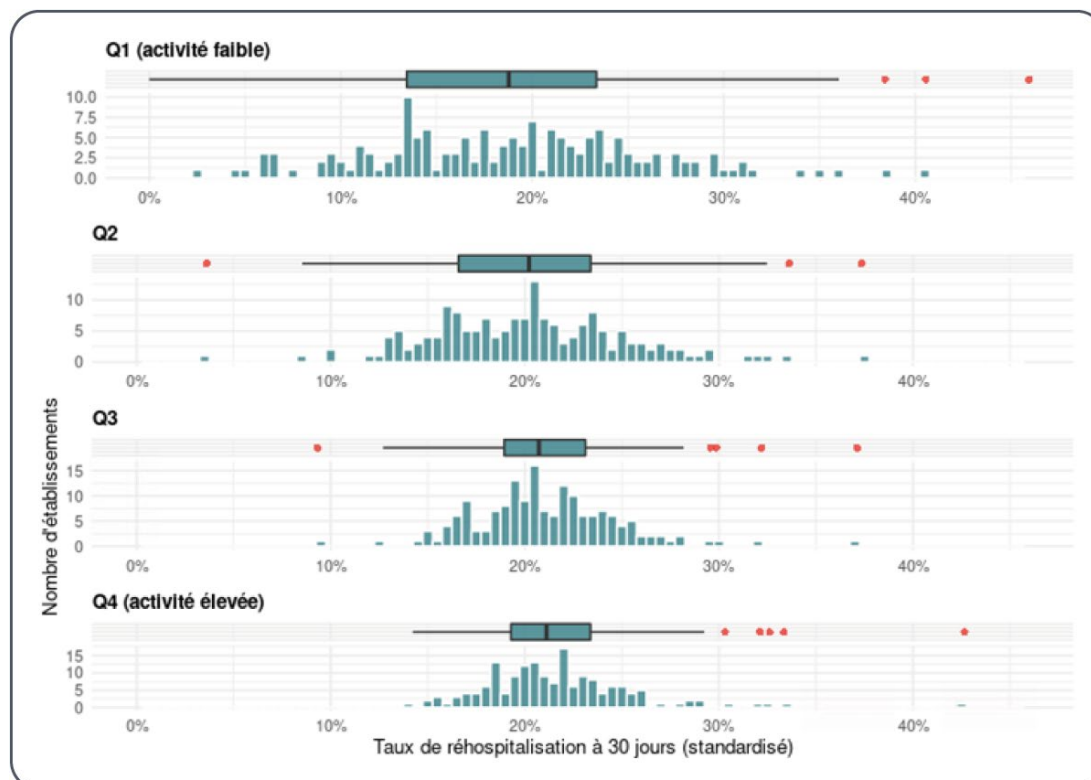
Source : Cour des comptes d'après PMSI

Graphique n° 41 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours pour chaque catégorie d'établissement (2024)



Source : Cour des comptes d'après PMSI

Graphique n° 42 : distribution du nombre d'établissements par taux standardisé de réhospitalisation à 30 jours par niveau d'activité (2024)



Source : Cour des comptes d'après PMSI

Conclusion sur les variations inter-établissements du taux de réhospitalisation

Les taux standardisés de réhospitalisation à 30 jours présentent des différences notables entre les établissements, mais l'ampleur de ces écarts dépend fortement du type de prise en charge considéré. Pour les interventions comme la prothèse du genou, la prothèse de la hanche sans fracture, l'ablation de la vésicule biliaire ou la chirurgie du canal carpien, la dispersion des taux entre établissements demeure relativement limitée. L'écart-type du taux standardisé de réhospitalisation est de 2,3 % pour la prothèse du genou, de 2,2 % pour la prothèse de la hanche sans fracture, de 2,5 % pour l'ablation de la vésicule biliaire et de 3,9 % pour la chirurgie du canal carpien. À l'inverse, les prises en charge telles que l'insuffisance cardiaque et la chirurgie du cancer colorectal présentent une variabilité plus marquée. L'écart-type atteint 5,6% pour l'insuffisance cardiaque et 7,5 % pour la chirurgie du cancer colorectal, ce qui traduit des écarts significatifs entre établissements. Cette variabilité accrue reflète probablement à la fois des différences de qualité de prise en charge et des disparités dans la gravité ou la complexité des patients pris en charge.

Les écarts de taux standardisés de réhospitalisation entre catégories d'établissements sont, dans l'ensemble, modestes. Les CHU présentent en général des taux légèrement supérieurs à la moyenne (pour 4 prises en charge sur les 6 étudiées), ce qui peut s'expliquer par la prise en charge de patients présentant des pathologies plus lourdes et plus complexes. Les établissements privés à but lucratif enregistrent souvent les taux les plus faibles (pour 5 prises en charge sur les 6 étudiées), cohérents avec une sélection de patients moins graves ou des séjours plus courts. Ces écarts, bien que réguliers selon les types de prise en charge, restent limités.

L'analyse selon le niveau d'activité des établissements ne met pas en évidence de relation claire entre le volume de séjours et les taux standardisés de réhospitalisation pour la majorité des prises en charge. Les établissements avec le plus d'activité ne présentent pas de résultats significativement meilleurs que ceux réalisant un nombre plus limité de séjours. Il convient toutefois de souligner une limite importante : l'analyse a été réalisée uniquement sur les établissements ayant effectué au moins 50 séjours pour chaque type de prise en charge.

IV - Méthodologie pour l'identification des établissements de santé sous un seuil d'activité

Quatre activités, soumises à un seuil minimal d'activité, ont été sélectionnées pour une analyse quantitative : les accouchements, la chirurgie bariatrique, la radiothérapie externe et la chirurgie du cancer des ovaires. Deux autres activités sont ensuite évoquées sous l'angle qualitatif : implantation des bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter et implantation d'iris artificiel.

L'analyse repose sur la mesure d'indicateurs disponibles sur *Scansanté* (accouchements, radiothérapie externe, chirurgie du cancer des ovaires) ou calculés à partir des données individuelles d'hospitalisations (chirurgie bariatrique). Dans les deux cas, les indicateurs sont calculés à partir des données du PMSI des années 2022 à 2024 et ventilés par code FINESS.

Le nombre d'accouchements est défini comme le nombre de séjours pour lesquels deux conditions sont simultanément remplies :

- la présence d'un acte d'accouchement identifié par les codes de la CCAM JQGA002 à JQGA005, JQGD001 à JQGD005, JQGD007, JQGD008, JQGD010, JQGD012 ou JQGD013, ou encore d'un code CIM-10 Z39 en diagnostic principal ou associé ;
- la présence du code CIM-10 Z37 en diagnostic associé.

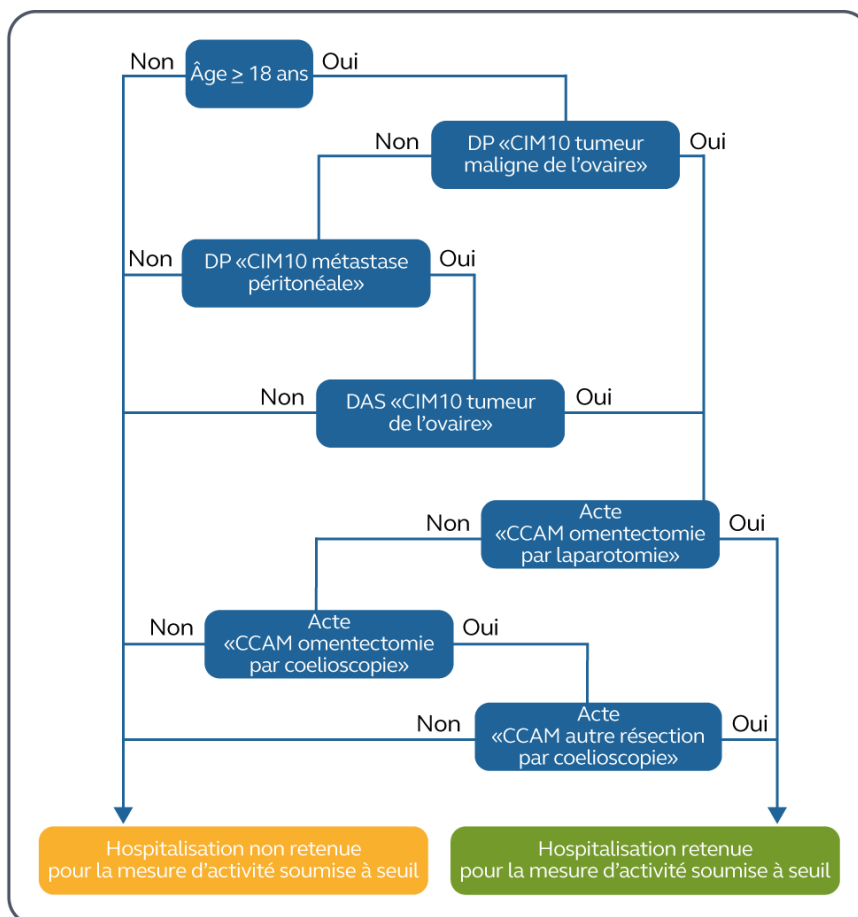
Le nombre de séjours de chirurgie bariatrique correspond aux nombres de séjours avec la présence d'au moins un des actes suivants identifiés par les codes de la CCAM :

- pose, changement et repositionnement d'anneau ajustable : HFMC007, HFMA009, HFKA001, HFKA002, HFMC008, HFMA011 ;
- court-circuit : HFCC003 et HFCA001 ;
- gastrectomie longitudinale en manchon : HFFC018 et HFFA011 ;
- gastroplastie verticale calibrée : HFMC006 et HFMA010 ;
- court-circuit biliopancréatique ou intestinal : HGCC027, HGCA009, HFFC004 et HFFA001.

Pour la radiothérapie externe, les patients sont sélectionnés à partir des séjours et séances répondant à plusieurs critères : l'absence d'erreur de chaînage, un âge supérieur ou égal à 18 ans, un diagnostic principal correspondant aux codes Z51.00 ou Z51.01, et la présence d'un code CIM-10 de cancer en diagnostic principal ou associé. Les séjours relevant des racines de GHM liées à la curiethérapie ou à l'irradiation interne (17K05, 17K08, 17K09 et 28Z10) sont ensuite exclus. Le nombre de patients est alors calculé à partir de cette sélection de séjours.

Pour la chirurgie du cancer de l'ovaire, le calcul de la mesure d'activité soumise à seuil repose sur le nombre de séjours de chirurgies de réduction complète du cancer avancé de l'ovaire. Le schéma de mesure de l'activité est extrait de la notice « Notice technique pour la mesure des activités soumises à seuil » de l'Institut national du cancer (version juin 2025).

Graphique n° 43 : méthodologie de mesure de l'activité de chirurgie oncologique gynécologique de cytoréduction du cancer de l'ovaire (INCa)



Source : « Notice technique pour la mesure des activités soumises à seuil » de l'Institut National du Cancer (version juin 2025)

Résultats

Accouchements

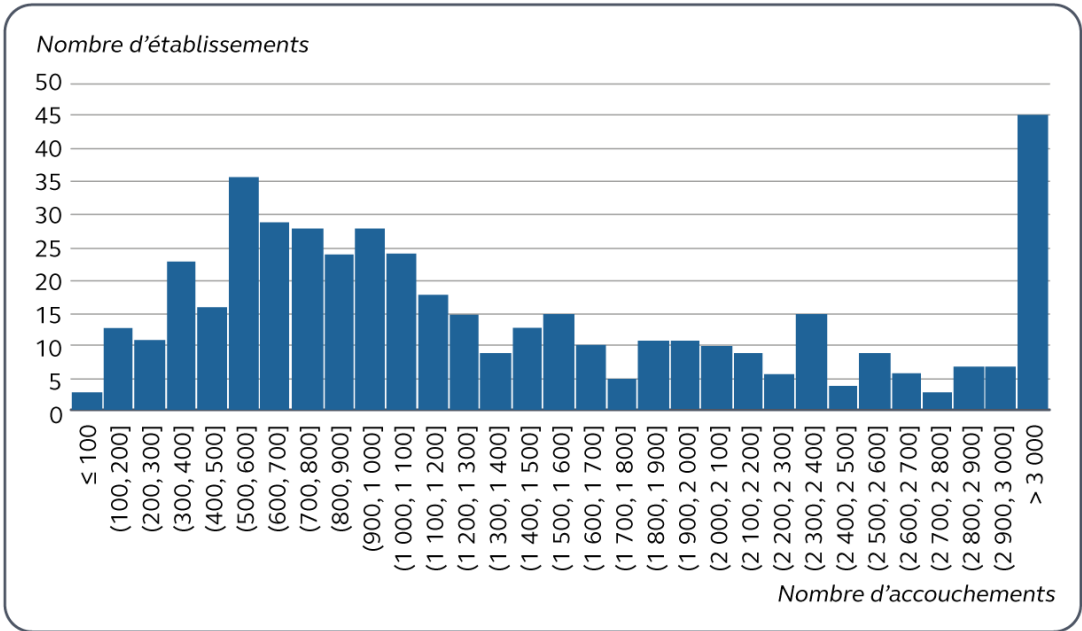
Les établissements de santé sont soumis à un seuil minimal de 300 accouchements par an, fixé notamment pour garantir la qualité et la sécurité des soins obstétricaux. En 2023, on recense 27 établissements réalisant entre 11³ et 299 accouchements.

Tableau n° 4 : nombre de séjours pour accouchement par établissement

Nombre de séjours pour accouchement	Nombre d'établissements en 2022	Nombre d'établissements en 2023
1-10	42	32
11-99	1	2
100-199	9	13
200-299	10	12
300-399	15	22
400 et plus	433	414

Source : Cour des comptes d'après les indicateurs Scansanté sur données PMSI
Note de lecture : 13 établissements ont réalisé entre 100 et 199 accouchements en 2023.

Graphique n° 44 : répartition du nombre d'accouchements par établissement en 2023 (≥ 11 accouchements)



Source : PMSI

³ Les faibles valeurs (en l'occurrence, les établissements ayant réalisé moins de 11 accouchements) sont considérées comme des anomalies statistiques.

Chirurgie bariatrique

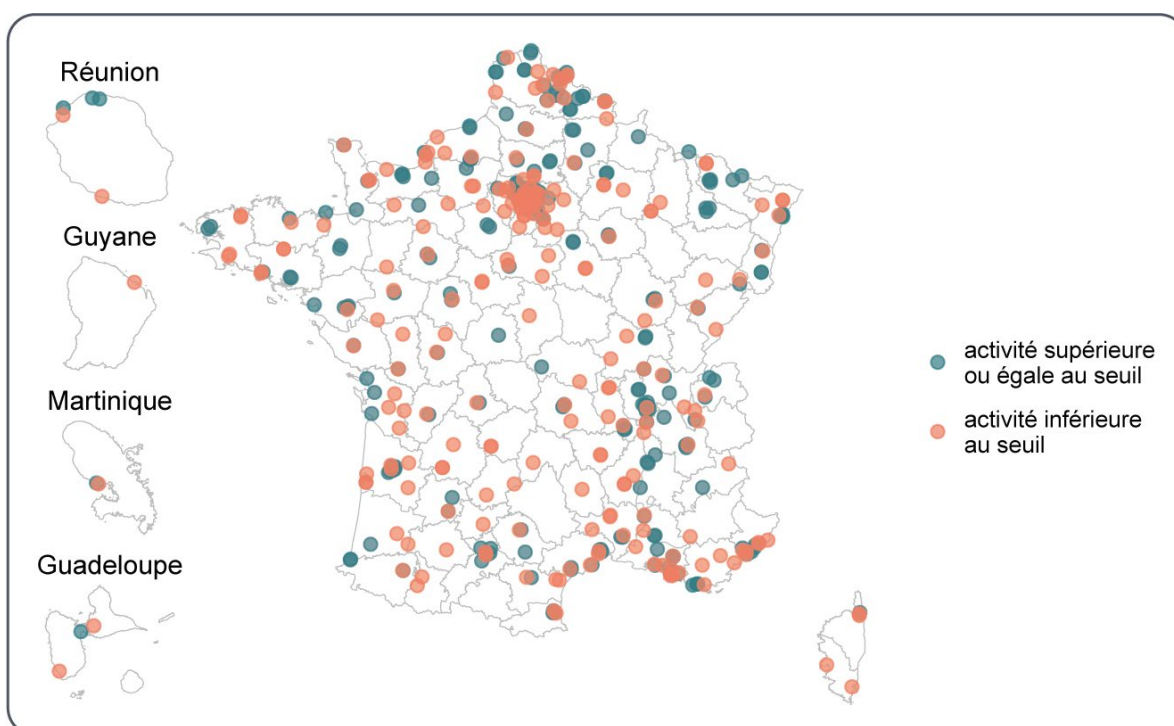
La chirurgie bariatrique est soumise à un seuil minimal de 50 séjours annuels. En 2024, on recense 145 établissements réalisant entre 11 et 49 séjours de chirurgie bariatrique.

Tableau n° 5 : nombre de séjours de chirurgie bariatrique

Nombre de séjours de chirurgie bariatrique	Nombre d'établissements en 2022	Nombre d'établissement en 2023	Nombre d'établissements en 2024
1-10	107	77	86
11-24	56	57	58
25-49	88	93	87
50-74	72	87	85
75-99	46	42	52
100 et plus	140	130	116

Source : PMSI

Carte n° 1 : niveau d'activité des établissements réalisant des séjours de chirurgie bariatrique en 2024



Source : PMSI

Radiothérapie externe

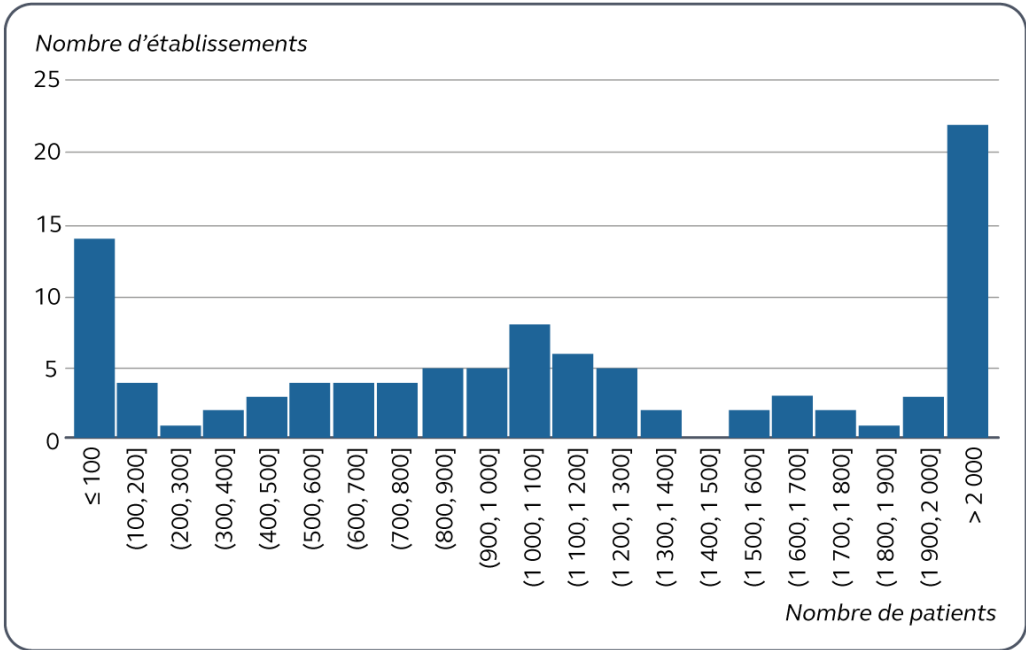
La radiothérapie externe est soumise à un seuil minimal de 600 patients par an. En 2024, on recense 28 établissements ayant eu entre 11 et 599 patients en radiothérapie externe.

Tableau n° 6 : nombre de patients de radiothérapie externe

Nombre de patients de radiothérapie externe	Nombre d'établissements en 2022	Nombre d'établissement en 2023	Nombre d'établissements en 2024
1-10	53	57	47
11-199	19	19	18
200-399	5	6	3
400-599	9	5	7
600-799	8	7	8
800 et plus	61	65	64

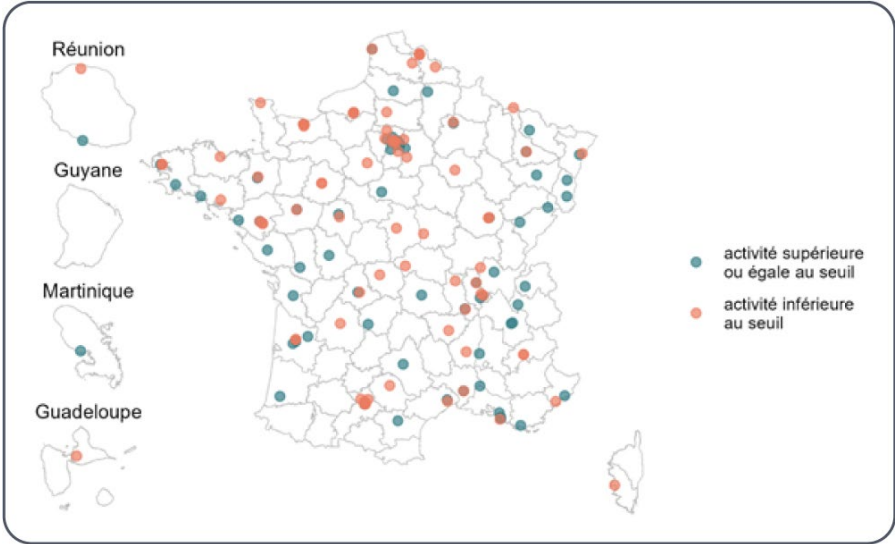
Source : PMSI

Graphique n° 45 : répartition du nombre de patients de radiothérapie externe par établissement en 2024 (≥ 11 patients)



Source : PMSI

Carte n° 2 : niveau d'activité des établissements réalisant de la radiothérapie externe en 2024



Source : PMSI

Chirurgie du cancer de l’ovaire

La chirurgie du cancer de l’ovaire est soumise à un seuil minimal de 20 séjours annuels de cytoréductions complètes des cancers avancés de l’ovaire. En 2024, on recense 243 établissements réalisant entre 1 et 19 séjours de cytoréductions complètes des cancers avancés de l’ovaire.

Tableau n° 7 : nombre de séjours de cytoréductions complètes des cancers avancés de l’ovaire

Nombre de séjours de cytoréductions complètes des cancers avancés de l’ovaire	Nombre d’établissements en 2022	Nombre d’établissements en 2023	Nombre d’établissements en 2024
1-10	253	221	208
11-19	41	46	35
20-29	21	29	30
30-39	8	8	16
40-49	5	7	6
50 et plus	13	13	13

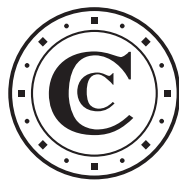
Source : PMSI

Implantation des bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter

Saisie par la DGOS pour rendre un avis sur l'activité d'implantation des bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter (TAVI), la Haute Autorité de santé (HAS) a confirmé la justification d'un seuil de 100 implantations/an et par centre. Toutefois, bien que réalisant moins de 100 implantations/an, deux centres sont autorisés à pratiquer. Le CHU de Martinique en réalise moins de 50 à sa deuxième année d'activité mais son volume est croissant et « il est nécessaire de considérer l'éloignement géographique avec la difficulté de transporter jusqu'en métropole des patients âgés et pour certains à haut risque ou chez lesquels la chirurgie est contre-indiquée ». Le centre hospitalier de Neuilly-sur Seine en a réalisé entre 50 et 99 en 2022, première année d'activité et « on peut raisonnablement penser que le seuil d'activité de 100 procédures au bout de 2 années entières d'activité soit atteint ».

Implantation d'iris artificiel

Saisie par ailleurs par la direction générale de l'offre de soins sur un projet d'arrêté prévoyant d'abaisser de trois à un le nombre minimal d'implantations d'iris artificiel que chaque chirurgien doit, au titre de sa formation spécifique à cette technique, réaliser par compagnonnage avec un médecin expert, la HAS a émis un avis défavorable. « *Le collège de la HAS ne peut qu'émettre un avis très défavorable à une telle évolution. Il convient de rappeler que l'implantation d'un iris artificiel est une chirurgie à risque et demande une haute technicité. Lors de la première évaluation d'un iris artificiel réalisée par la HAS en octobre 2020, les données disponibles rendaient compte d'une courbe d'apprentissage de cette technique à risque, ce qui avait conduit la HAS à recommander au ministère de prévoir un encadrement au titre de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique. Au cours de la première année de remboursement de l'implant, soit en 2023, quinze centres ont réalisé 28 implantations : un centre a réalisé 10 implantations, 4 centres en ont réalisé 2 et 10 centres en ont réalisé une seule. Au regard de la population cible, le nombre de centres concernés est trop élevé. L'implantation d'un iris artificiel est un geste de niche concernant 80 à 190 nouveaux patients par an en France, qui doit être réservé à des centres experts. Ainsi, en l'état actuel des données d'activité, il conviendrait de définir une liste d'au maximum quatre centres identifiés comme disposant de l'expertise d'implantation d'un iris artificiel et répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain* ».



Le présent cahier ainsi que l'intégralité du rapport
« *La politique d'amélioration de la qualité des soins
dans les établissements de santé* »
sont disponibles sur le site internet de la Cour des comptes :
www.ccomptes.fr