PANORAMAS DE LA DREES SANTÉ

Les établissements de santé

ÉDITION 2018

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

20 ans d'expertise au service des solidarités et de la santé

Drees

STATISTIQUE PUBLIQUE

PANORAMAS

Les établissements de santé

ÉDITION 2018

PANORAMAS

20 ans d'expertise au service des solidarités et de la santé

Drees

STATISTIQUE PUBLIQUE

Mise en place par le décret du 30 novembre 1998, la **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** fait partie avec l'Insee et les autres services statistiques ministériels du service statistique public (SSP). Son rôle est de fournir des informations fiables et des analyses dans les domaines de la protection sociale et de la santé.

L'action de la DREES s'appuie, depuis 20 ans, sur un engagement déontologique dont les principes, codifiés et partagés au niveau européen, sont l'indépendance professionnelle, l'engagement sur la qualité, le respect du secret statistique, l'impartialité et l'objectivité.

La DREES est aussi un service statistique ministériel dont la mission prioritaire est d'accompagner et d'évaluer les politiques publiques sociales et sanitaires. Cela se traduit par six grandes missions :

> produire des statistiques publiques diffusées à des fins d'information générale ;

> réaliser des analyses et des études, en particulier à partir des données produites ;

> informer les ministères de tutelle des travaux menés et répondre à leurs besoins en information, leur apporter un éclairage statistique par des travaux sur l'impact de mesures et un appui au pilotage des politiques publiques ou des travaux de prospective ; favoriser une prise de décision publique fondée sur la donnée ;

> animer et soutenir la recherche ;

> administrer l'accès aux données de santé et définir les règles de leur mise à disposition à des fins de connaissance, d'étude, de recherche et d'évaluation ;

> contribuer aux statistiques internationales.

Les établissements de santé - édition 2018

Sous la direction de **Fabien Toutlemonde**

Coordination
Bénédicte Boisguérin

Rédaction
Miriem Bejaoui, Alice Bergonzoni, Bénédicte Boisguérin, Naila Boussaïd, Athémane Dahmouh, Céline Dennevault, Léa Mauro, Sandrine Morin, Élodie Pereira, Christine de Peretti, Sylvie Renard-Dubois, Tom Seimandi, Fabien Toutlemonde, Raphaël Trémoulu, Annick Vilain, Albert Vuagnat, Engin Yilmaz

Directeur de la publication
Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition
Souphaphone Douangdara

Suivi éditorial
Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction
Mathilde Deprez

Maquettiste
NDBD

Création graphique
Philippe Brulin

Avant-propos

Les établissements de santé proposent, chaque année, une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. L'édition 2018 présente les données de l'année 2016, relatives à la France métropolitaine et aux départements et régions d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe[1], Guyane, La Réunion et Mayotte).

Cet ouvrage fournit les chiffres clés sur l'activité et les capacités des structures hospitalières, ainsi que sur les personnels et leur rémunération. Il offre une analyse plus détaillée d'activités spécifiques comme la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation ou encore la médecine d'urgence. Il présente également des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ainsi que des éléments de cadrage économique et financier. Ces informations sont présentées de manière pédagogique à travers 35 fiches thématiques et synthétiques, accompagnées de tableaux, de cartes, de graphiques et d'annexes. Les principales définitions nécessaires à la compréhension du texte et les références bibliographiques les plus pertinentes sont intégrées dans chacune des fiches.

Diverses sources de référence ont été mobilisées pour rédiger cet ouvrage, parmi lesquelles la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les programmes de médicalisation des systèmes d'information pour la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (PMSI-MCO), les soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR), la psychiatrie (RIM-P) et l'hospitalisation à domicile (PMSI-HAD), mis en place par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les données comptables des hôpitaux publics et des cliniques privées, les déclarations annuelles de données sociales (DADS) et les indicateurs de la Haute Autorité de santé (HAS) viennent compléter l'ensemble de ces sources.

---

1. Y compris deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy qui totalisent 90 lits d'hospitalisation complète et sont gérés par l'agence régionale de santé de Guadeloupe (présents historiquement dans la statistique annuelle des établissements de santé).

Sommaire

Les établissements de santé – édition 2018

Vue d’ensemble

Fiches thématiques

Annexes

Vue d'ensemble

Le secteur hospitalier français est composé de 1 376 établissements publics, 1 003 cliniques privées et 686 établissements privés à but non lucratif. Les modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation de ces trois types d'établissements sont variés, tout comme les statuts de leurs personnels. L'augmentation du nombre de prises en charge hospitalières se poursuit dans toutes les disciplines, sous l'effet du vieillissement de la population et de la hausse du nombre de patients chroniques ou polypathologiques. Si le nombre de séjours en hospitalisation complète reste stable, les alternatives à cette forme de prise en charge continuent de progresser. Les hospitalisations partielles (moins de un jour) représentent ainsi 13 % des journées en 2016 (hors soins de longue durée). Le recours aux urgences poursuit également sa hausse, à un rythme stable depuis vingt ans (3,5 % par an).

Un paysage hospitalier très varié

Au 31 décembre 2016, le secteur hospitalier français est constitué de 3 065 structures disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (donc sans nuitée, comptées en places)[1]. Ces structures hospitalières peuvent être de natures et de tailles très différentes.

Parmi les 1 376 entités géographiques du secteur public coexistent quatre types d'établissements, qui se différencient selon leurs missions :

- 178 centres hospitaliers régionaux (CHR), qui assurent les soins les plus spécialisés à la population de la région (voire d'autres régions), ainsi que les soins courants à la population la plus proche ;
- 955 centres hospitaliers (CH), y compris les ex-hôpitaux locaux, catégorie intermédiaire d'établissements prenant en charge la plupart des courts séjours (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), ainsi que les soins destinés aux personnes âgées ;
- 97 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ;
- 146 autres établissements publics correspondant, pour la majorité d'entre eux, à des unités de soins de longue durée (USLD).

Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent :

- 1 003 cliniques privées à but lucratif ;
- 686 établissements privés à but non lucratif, dont 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Le nombre d'entités géographiques de statut privé a diminué sous l'effet des réorganisations et restructurations : -4 % entre 2010 et 2016 pour le secteur privé à but lucratif et -3 % pour le secteur privé à but non lucratif. Ces mouvements résultent de nombreux facteurs, notamment liés à la rationalisation et à l'amélioration de la qualité des prises en charge.

Les capacités d'hospitalisation à temps partiel progressent plus lentement qu'avant en MCO

Depuis plus d'une décennie, l'organisation de l'offre de soins évolue vers une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein et une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel, tandis que les disparités régionales se réduisent progressivement. En 2016, les établissements de santé comptent 404 000 lits

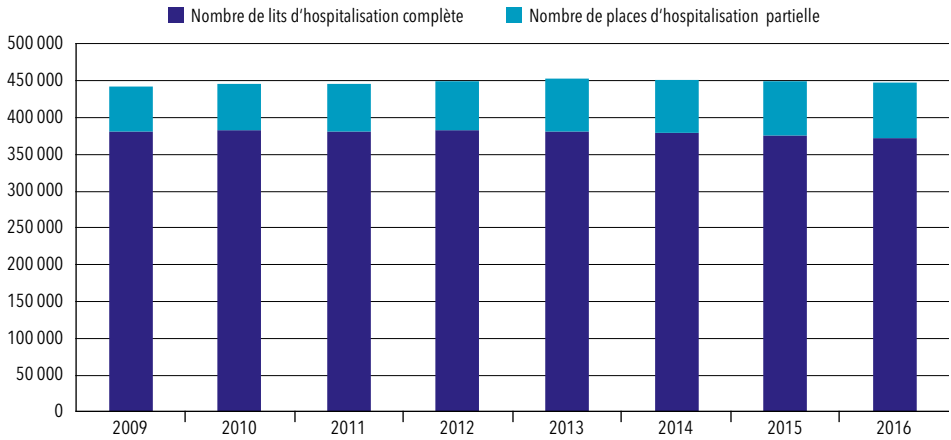
1. Ce nombre est obtenu en prenant en compte toutes les entités géographiques identifiées, pour le secteur public comme pour le secteur privé. Jusqu'en 2012, il n'était pas possible de comptabiliser le nombre d'entités géographiques du secteur public. Seul le nombre d'entités juridiques était identifiable.

d'hospitalisation à temps complet, soit 64 000 lits de moins qu'en 2003.
En court séjour (MCO), la fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier (-26 000 lits en treize ans), mais ce sont surtout les capacités d'accueil des unités de soins de longue durée (USLD) qui ont fortement diminué, passant de 80 000 lits en 2003 à 31 000 en 2016, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Seules les capacités en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) ont progressé, le nombre de lits étant passé de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2016. La psychiatrie fait également exception, avec un nombre de lits globalement stable, les alternatives à l'hospitalisation ayant été mises en place progressivement dès les années 1970.
En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 75 000 places en 2016, contre 49 000 en 2003. Le nombre de places progresse toutefois plus lentement depuis 2013 (*graphique 1*). C'est notamment le cas en MCO, qui représente 43 % des places offertes en 2016, dont la progression de 14 000 places est concentrée entre 2003 et 2013. En psychiatrie, le recours à l'hospitalisation partielle est plus ancien, si bien que le nombre de places a connu une progression plus modeste dans les années 2000 (+3 200 places, soit une hausse moyenne de 1 % par an), et se stabilise également ces dernières années. En SSR en revanche, où les capacités d'accueil en hospitalisation partielle ont plus que doublé depuis 2003 (+7 500 places), cette progression se poursuit, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle.
En court séjour, ces évolutions ont été rendues possibles par des innovations en matière de technologies médicales et de traitements médicamenteux (notamment en anesthésie) qui permettent d'effectuer en toute sécurité un nombre croissant d'interventions en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation avec nuitées. Ce mouvement, qualifié de « virage ambulatoire », traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

La majorité des séjours à l'hôpital durent moins de un jour

En 2016, le secteur hospitalier a pris en charge 12,1 millions de séjours en hospitalisation complète et 16,5 millions de journées en hospitalisation partielle. L'augmentation du nombre de prises en charge se poursuit, sous l'effet du vieillissement de la population. La répartition de l'activité hospitalière entre temps complet et temps partiel continue d'évoluer,

Graphique 1 Capacités d'accueil en hospitalisation complète (lits) et partielle (places)



Champ > Hospitalisations en MCO, SSR et psychiatrie en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy, et Mayotte depuis 2011), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2009-2016, traitements DREES.

l'hospitalisation partielle poursuivant sa progression, notamment en court et moyen séjour, où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. Depuis plus de dix ans, le nombre de séjours en hospitalisation complète, hors USLD, est en revanche globalement stable (*graphique 2*). Depuis 2012, le nombre de journées qui constituent ces séjours d'hospitalisation complète est également stable, il diminue en court séjour (MCO) et en psychiatrie, et progresse en moyen séjour (SSR).

En fonction du mode de prise en charge, la répartition des séjours par grandes disciplines médicales varie fortement. En hospitalisation complète, l'activité de MCO concerne 86 % des prises en charge, celle de SSR 9 % et la psychiatrie 5 %. S'agissant des soins de longue durée, ils constituent à présent une part négligeable de l'activité. En hospitalisation partielle, les soins de MCO représentent 46 % des journées, ceux de SSR 24 % et la psychiatrie 31 %. Dans ce dernier secteur, à côté des prises en charge à temps complet et à temps partiel, la prise en charge ambulatoire s'est fortement développée, pour devenir désormais la plus courante. Ainsi, 80 % des patients reçus au moins une fois en psychiatrie dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme. En 2016, plus de 21 millions d'actes ont été réalisés en ambulatoire, notamment dans les 3 800 unités de consultation et centres médico-psychologiques (CMP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire.

Les alternatives à l'hospitalisation classique continuent de se développer

À ces prises en charge s'ajoutent 13,1 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, soit 4 % de plus qu'en 2015. La grande majorité de ces séances sont réalisées en ambulatoire (2,5 millions de séances de chimiothérapie ambulatoire, 6,7 millions de séances de dialyse et 3,9 millions de séances de radiothérapie). Près de la moitié des séances de radiothérapie sont pratiquées dans les cliniques privées. Le secteur public occupe, lui, une place prépondérante dans l'activité de chimiothérapie, avec 52 % des séances. Les 21 CLCC prennent également en charge une partie importante de l'activité de radiothérapie (22 % des séances) et de chimiothérapie ambulatoire (14 %).

Parmi les alternatives à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) continue de se développer, à un rythme toutefois ralenti par rapport à celui observé à la fin des années 2000. Elle propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville. Elle permet notamment d'assurer au lieu de vie du patient des soins médicaux et paramédicaux afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en court ou moyen séjour. En 2016, 188 300 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,9 millions de journées (soit 5,1 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour). Les 313 établissements d'HAD recensés en France sont en mesure de prendre en charge simultanément 16 300 patients.

Les disciplines d'activité dominantes sont différentes selon le statut juridique

Les portefeuilles d'activité des établissements de santé par modes de prise en charge et grandes disciplines reflètent leur spécialisation. Ainsi, les soins de longue durée et la psychiatrie sont essentiellement pris en charge par les établissements publics, notamment pour l'activité de psychiatrie à temps partiel. En MCO, les soins en hospitalisation complète relèvent principalement des hôpitaux publics eux aussi, mais 50 % des séjours d'hospitalisation partielle sont réalisés dans le secteur privé à but lucratif. L'activité de SSR est mieux répartie entre les différents types d'établissements, avec 38 % de journées d'hospitalisation à temps partiel et 27 % de séjours à temps complet pris en charge dans les établissements privés à but non lucratif. Enfin, l'activité d'HAD est dominée par le secteur privé à but non lucratif (57 % des séjours).

Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans le secteur public, tandis que les cliniques privées réalisent la moitié de leur activité en chirurgie. Les établissements privés à but non lucratif sont dans une position intermédiaire. Leur activité de médecine est proportionnellement plus faible que dans le public, mais plus forte que dans le privé à but lucratif, et leur activité de chirurgie est concentrée sur la chirurgie du cancer, notamment dans les CLCC. Malgré la prédominance du secteur privé à but lucratif dans l'activité

chirurgicale, moins de la moitié des 7 400 salles d'intervention chirurgicale existant en France en 2016 se situent dans des cliniques privées. Ces dernières pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics, notamment parce que plus de la moitié de leur activité chirurgicale est réalisée en ambulatoire, ce qui suppose une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés.

Tandis que les cliniques privées réalisent 64 % de la chirurgie ambulatoire (chirurgie de la cataracte, des varices, arthroscopie, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes avec des temps d'intervention plus longs. Le secteur public dispose aussi plus souvent de salles chirurgicales dédiées à l'urgence, ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il prend d'ailleurs en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence. Les 719 structures des urgences sont réparties sur 641 établissements de santé (un établissement pouvant avoir une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques), dont 478 sont des établissements publics.

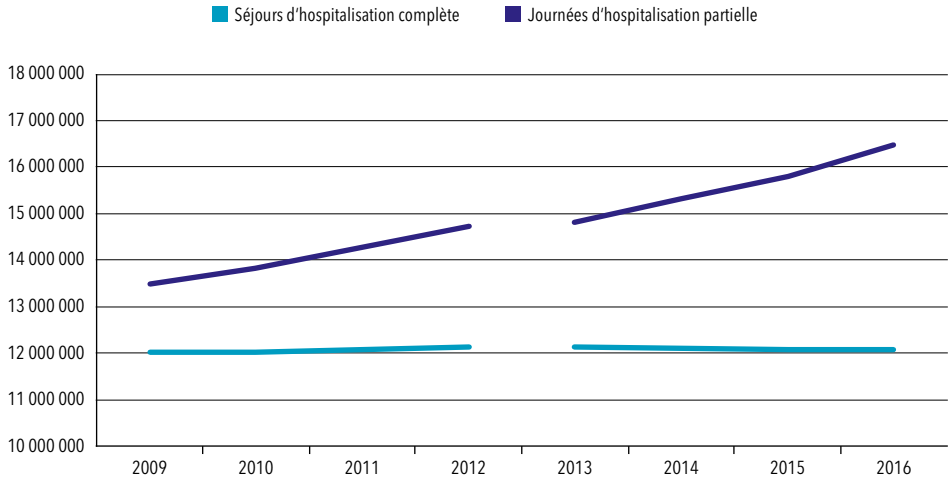
Le poids des différents statuts juridiques est par ailleurs très variable selon les régions. Le secteur privé à but lucratif est, par exemple, plus présent dans les départements du sud de la France. Les établissements publics et privés à but non lucratif d'HAD ont, eux, des capacités d'accueil trois fois plus élevées à Paris et dans les Hauts-de-Seine, départements où ont été créées les deux premières structures françaises d'HAD, à la fin des années 1950.

L'organisation sanitaire des cinq départements ou régions d'outre-mer (DROM) témoigne, pour sa part, d'une grande diversité. La Martinique et la Guadeloupe ont une activité et des capacités hospitalières comparables à celles de la Métropole, tandis qu'en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, les capacités hospitalières, rapportées à la population, sont nettement moins élevées et moins variées.

Le nombre annuel de passages aux urgences progresse au même rythme depuis vingt ans

En 2016, les 719 structures des urgences françaises ont pris en charge 21 millions de passages (20,2 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [SSA]), soit 3,5 % de plus qu'en 2015. Cette progression prolonge la

Graphique 2 Activité en hospitalisation complète (séjours) et partielle (journées)



Champ > Hospitalisations en MCO, SSR et psychiatrie en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy, et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2009-2016 ; ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.

tendance observée depuis vingt ans. En 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait en effet à 10,1 millions pour la France métropolitaine (hors SSA). Il a augmenté ensuite, régulièrement, de 3,5 % par an en moyenne.

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 29 000 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (26 000 passages en moyenne par an, contre 29 800). 18 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (considéré dans sa globalité), une part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 20 % des unités d'urgences prennent en charge moins de 15 000 passages par an et 63 % d'entre elles, moins de 30 000. À l'opposé, 22 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 42 % de l'ensemble des passages. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 103 services d'aide médicale urgente (Samu) et 399 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Dans certains territoires, en particulier lorsque le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du Samu (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale.

La majorité des parcours de soins sont constitués d'un épisode unique

En 2016, 12,6 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour 71 % d'entre eux, l'hospitalisation constitue un épisode unique au cours de l'année, pouvant correspondre à un seul séjour ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour (MCO), puis en moyen séjour (SSR) pour de la rééducation. Les patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année sont principalement réadmis en court séjour et ont des pathologies particulières, notamment des affections du sang ou des tumeurs. La prise en charge s'est effectuée exclusivement en court séjour pour 88,7 % des patients, exclusivement en moyen séjour pour 1,1 %, exclusivement en HAD pour 0,1 % et exclusivement en psychiatrie pour 1,9 % d'entre eux. Un million de patients (8,2 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires en 2016.

Les maladies de l'appareil digestif sont les motifs les plus fréquents d'hospitalisation en MCO

En 2016, les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients hospitalisés en MCO, tous âges confondus, pour les femmes comme pour les hommes, sont les maladies de l'appareil digestif, suivies des tumeurs et des maladies de l'appareil circulatoire. Ces motifs de recours en MCO varient avec l'âge. Avant 15 ans, ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui dominent, tandis que, pour les plus de 75 ans, les premiers motifs de recours sont les maladies de l'appareil circulatoire.

Les femmes et les hommes recourent aux soins hospitaliers pour des motifs différents. Entre 15 et 44 ans, les séjours liés à la maternité représentent 39 % des hospitalisations en MCO pour les femmes, tandis que les maladies de l'appareil digestif prédominent chez les hommes (22 % des hospitalisations), suivies par les traumatismes (15 %).

Une part croissante des accouchements s'effectue dans les maternités de types 2 et 3

Dans les années 1970, un long processus a débuté afin d'encadrer la pratique des accouchements et de réduire les risques pour l'enfant et la mère. Il s'est traduit par un mouvement de restructuration et de concentration des maternités, dont le nombre a diminué en même temps que leur taille a augmenté. En 2016, 519 maternités sont recensées en France métropolitaine et dans les DROM : 221 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 231 de type 2 (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatologie) et 67 de type 3 (possédant en plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 16 300 lits d'obstétrique et ont réalisé 772 000 accouchements[2], dont 765 000 sans décès d'enfant.

2. Non compris les accouchements hors établissements et transférés en service d'obstétrique (environ 4 000 en 2016).

Les maternités disposant d'un service de néonatologie ou de réanimation néonatale (de types 2 ou 3) sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (79 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 73 % des lits et 78 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de types 2 ou 3 s'élevait à 43 %. Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2016, contre la moitié en 2002.

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2016, en France métropolitaine hors SSA, une maternité de type 1 effectue en moyenne 770 accouchements par an, contre 1 680 pour une maternité de type 2 et 3 210 pour une maternité de type 3. En 2016, 38 % des maternités de France métropolitaine, hors SSA, pratiquent ainsi au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996.

Huit interruptions volontaires de grossesse sur dix sont réalisées à l'hôpital public

En 2016, 211 900 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France : 172 800 ont été pratiquées dans un établissement de santé, dont 80 % à l'hôpital public. 2 400 IVG ont été réalisées en centre de santé et en centre de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009, et 36 700 sont des IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 14,4. Il s'établit également à 14,4 en Métropole et varie du simple au double d'un département à l'autre, de 9 IVG en Vendée ou dans les Deux-Sèvres à près de 21 en Ariège et dans les Bouches-du-Rhône. L'Île-de-France et le Sud-Est métropolitain se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne. Dans les DROM, en 2016, les taux de recours, largement supérieurs à ceux observés en Métropole, s'élèvent à 20 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion, 26 à Mayotte, 27 en Martinique et en Guyane, et 34 en Guadeloupe.

Les hôpitaux publics concentrent 73 % des emplois hospitaliers

Dans les établissements de santé, le personnel est composé de médecins, d'odontologistes et de pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes (FFI), les sages-femmes et les personnels non médicaux, soignants ou non. Leurs statuts et conditions d'emploi varient selon la profession exercée et le statut de leur établissement. Ils peuvent être salariés, à temps plein ou à temps partiel, ou exercer comme libéraux, rémunérés à l'acte directement par le patient (ou par sa caisse d'assurance maladie).

Fin 2016, 1,3 million d'emplois hospitaliers[3], salariés ou non, sont dénombrés dans les établissements de santé (*tableau 1*), dont 73 % relèvent des hôpitaux publics. Le reste de ces emplois se répartit entre les cliniques privées (15 %) et les établissements de santé privés à but non lucratif (12 %).

Le nombre d'emplois médicaux, y compris internes et FFI mais hors sages-femmes, de l'ensemble des établissements de santé s'établit fin 2016 à 190 000 (soit 15 % de l'ensemble des emplois hospitaliers). Ils se répartissent en 115 000 salariés, 42 000 praticiens libéraux et 33 000 internes et assimilés. Deux tiers de ces emplois sont concentrés dans les hôpitaux publics.

Fin 2016, les sages-femmes représentent 17 000 emplois, principalement dans les établissements publics, et les personnels non médicaux 1,1 million d'emplois, soit 84 % de l'ensemble des emplois hospitaliers. Ces effectifs comprennent notamment 758 000 emplois de personnels soignants (dont 341 000 infirmiers et 245 000 aides-soignants) et 147 000 emplois de personnels administratifs. Les trois quarts de ces emplois non médicaux relèvent des hôpitaux publics, le quart restant se répartissant à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées.

Les modes de financement du secteur hospitalier évoluent progressivement

Avec 92,3 milliards d'euros de dépenses en 2016, financées à 91,4 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier représente près de la moitié de

3. Il s'agit ici du nombre d'emplois rémunérés au 31 décembre 2016 par les établissements de santé, hors élèves encore en formation, et non d'effectifs en personnes physiques : des doubles comptes existent pour les personnels rémunérés par plusieurs établissements.

la consommation de soins et de biens médicaux (46,5 %) et 5,9 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 71,3 milliards d'euros pour le secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif)[4] et à 21,1 milliards pour le secteur privé hospitalier (qui comprend principalement les cliniques privées à but lucratif).

Le financement des établissements constitue donc un enjeu majeur du système de santé, compte tenu du poids important des soins hospitaliers. Il s'est profondément modifié à la suite de l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 pour les activités de MCO et d'HAD, quel que soit le statut juridique de l'établissement. Le financement de ces activités était fondé auparavant sur une dotation annuelle pour les établissements publics et sur un mécanisme du type « paiement à la journée » pour ceux du secteur privé.

Ce système de tarification continue d'évoluer progressivement : incitations financières à l'amélioration de la qualité (Ifaq), révision du périmètre de la tarification, réflexions sur la notion de financement au parcours de soins, etc.

Tableau 1 Les emplois médicaux et non médicaux des établissements de santé en 2016

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Emplois[1] médicaux	**129 348**	**20 671**	**40 407**	**190 426**
Médecins, odontologues et pharmaciens	98 579	18 396	40 170	157 145
dont salariés	96 558	13 859	5 028	115 445
dont libéraux	2 021	4 537	35 142	41 700
Internes et faisant fonction d'internes (FFI)	30 769	2 275	237	33 281
Emplois[1] de sages-femmes	**12 731**	**1 299**	**2 767**	**16 797**
Emplois[1] non médicaux	**810 933**	**139 503**	**148 144**	**1 098 580**
dont personnels soignants[2]	550 951	94 735	112 656	758 342
dont personnels non soignants[3]	259 982	44 768	35 488	340 238
Total des emplois[1]	**953 012**	**161 473**	**191 318**	**1 305 803**

1. Emplois rémunérés au 31 décembre 2016 dans les établissements de santé, hors élèves encore en formation. La SAE peut enregistrer des doubles comptes pour les personnels rémunérés par plusieurs établissements : ce concept d'emploi est donc différent de celui des effectifs en personnes physiques.
2. Infirmiers, aide-soignants, psychologues, rééducateurs, agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux.
3. Personnels administratifs, éducatifs et sociaux, médico-techniques et techniques.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

4. Pour l'analyse des comptes de la santé, une nomenclature différente est utilisée : les établissements privés à but non lucratif sont regroupés avec les établissements publics (voir fiche 32, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »). C'est également le cas dans la fiche 31, « Les médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus ». Dans tout le reste de l'ouvrage, ils sont considérés comme relevant du secteur privé.

La rentabilité des cliniques privées s'améliore et atteint son plus haut niveau depuis dix ans

En 2016, la rentabilité des cliniques privées progresse de 0,6 point et atteint son plus haut niveau depuis 2006 (3,6 % du chiffre d'affaires), reflet notamment du soutien apporté par le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE). Le taux d'endettement des cliniques privées s'établit à 35,4 % des ressources stables, un des plus bas niveaux depuis dix ans, tandis que le taux d'investissement, pour sa part, se maintient au niveau atteint en 2015 (4,5 % du chiffre d'affaires).

Du côté des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), anciennement sous dotation globale, le déficit continue de se réduire pour devenir presque nul en 2016, en raison principalement du retour à une situation bénéficiaire des CLCC et des établissements de MCO. La proportion d'Espic déficitaires poursuit son recul (38 % en 2016), notamment en MCO. Ce retour à l'équilibre financier des Espic favorise leur désendettement : leur dette totale est ainsi passée progressivement de 47 % des ressources stables en 2012 à 44 % en 2016. Parallèlement, leur effort d'investissement se stabilise depuis 2014, un peu en deçà de 6 % des ressources, après plusieurs années de repli.

Malgré un déficit divisé par deux, le taux d'endettement des hôpitaux publics progresse

Les comptes financiers des hôpitaux publics s'améliorent également en 2016, mais dans des proportions plus modestes. Leur déficit global se réduit de moitié et s'établit à 190 millions d'euros, après 400 millions en 2015. Leur rentabilité nette suit le même mouvement et revient à un niveau proche de celui de 2013 (-0,3 % des recettes, après -0,6 % en 2015). Le taux d'investissement continue de se replier, après plusieurs années d'investissement soutenu sous l'impulsion des plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Il atteint 5,9 % en 2016, son plus bas niveau observé depuis 2002. Malgré la réduction du déficit et des efforts d'investissement, le taux d'endettement des hôpitaux publics ne parvient pas à s'infléchir : il connaît une nouvelle hausse de 1,0 point en 2016 pour atteindre 51,5 % des ressources. ■

2

Vue d’ensemble

Fiches thématiques

Annexes

Données de cadrage

01 Les grandes catégories d'établissements de santé

En France métropolitaine et dans les DROM, 3 065 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offrent 404 000 lits d'hospitalisation complète et 75 000 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 qui y travaillent présentent la même hétérogénéité.

3 065 structures hospitalières offrant 404 000 lits et 75 000 places

Au 31 décembre 2016, 3 065 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 DROM, y compris le service de santé des armées (SSA). Ces structures hospitalières peuvent être de tailles et de natures très différentes. Au total, elles offrent une capacité d'accueil de 404 000 lits et 75 000 places (voir fiche 2, « 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 2016, 113 entités juridiques de dialyse sont dénombrées à ce titre, auxquelles sont rattachées 649 antennes.

Les structures hospitalières peuvent former des groupements de coopération sanitaire (GCS) 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'activités de soins (voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »). Enfin, la loi de modernisation de notre système de santé (2016) a introduit les groupements hospitaliers de territoire (GHT), nouveau mode de coopération à l'échelle d'un territoire entre les 891 entités juridiques publiques de santé. Au 1er juillet 2016, ces dernières ont dû se rattacher à l'un des 135 GHT pour élaborer un projet médical partagé, mutualiser certaines fonctions et définir une organisation commune des activités médico-techniques durant l'année 2017 (voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »).

Le nombre d'établissements recensés en 2016 correspond au nombre d'entités géographiques pour le secteur public comme pour le secteur privé, alors que dans les éditions 2014 et antérieures, le nombre indiqué pour le secteur public correspondait au nombre d'entités juridiques. Le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé à but lucratif a continué de reculer en 2016, notamment 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 sa qualité. En revanche, le nombre d'entités géographiques de statut privé à but non lucratif reste globalement stable depuis 2014.

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 1 376 établissements géographiques publics coexistent trois types d'établissements, qui se différencient selon leurs missions : 178 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR) dispensent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; 955 centres hospitaliers (y compris les ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie des prises en charge de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) ainsi que la prise en charge et les soins pour les personnes âgées ; 97 centres

hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie (*tableau 1*). Enfin, les 146 autres établissements publics correspondent majoritairement à des établissements de soins de longue durée.

Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les établissements privés à but lucratif, au nombre de 1 003, et les établissements privés à but non lucratif. Ces derniers regroupent les 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC) ainsi que 665 autres établissements privés à but non lucratif (voir rubrique Champ, dans l'encadré Sources et méthodes).

Une répartition des capacités entre le public et le privé très variable selon les départements

Au niveau national, les établissements de santé publics concentrent 61 % des lits et des places, les établissements privés à but non lucratif 15 % et les cliniques privées à but lucratif 24 %. Cette répartition s'avère cependant très inégale suivant les départements. Les cliniques privées sont ainsi inexistantes en Ariège, en Aveyron, en Lozère et à Mayotte, et minoritaires (moins de 10 % de la capacité totale) dans onze départements, dont cinq dans la région Grand-Est. En revanche, elles constituent 40 % ou plus de la capacité totale en lits et places dans quatre des treize départements de l'Occitanie (la Haute-Garonne, l'Hérault, les Pyrénées-Orientales et le Tarn-et-Garonne), dans les deux départements de Corse et dans les Bouches-du-Rhône (*carte 1*). La part du secteur privé à but non lucratif est très variable d'un département à l'autre. Si dans nombre d'entre eux, ce secteur est peu voire pas du tout présent, à l'inverse, il représente plus de 30 % des lits et des places dans cinq départements. ■

Tableau 1 Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement en 2016

	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
Secteur public	**1 376**	**250 104**	**42 271**
CHR/CHU	178	72 169	10 361
CH, dont anciens hôpitaux locaux	955	143 841	16 775
CH spécialisés en psychiatrie	97	24 930	14 675
Autres établissements publics	146	9 164	460
Secteur privé non lucratif	**686**	**56 994**	**13 716**
CLCC[1]	21	2 727	709
Autres établissements à but non lucratif	665	54 267	13 007
Secteur privé à but lucratif	**1 003**	**97 150**	**18 659**
Établissements de soins de SSR	349	29 039	3 280
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	501	54 403	13 735
Établissements de lutte contre les maladies mentales	145	13 386	1 574
Établissements de SLD	6	303	35
Autres	2	19	35
Ensemble	**3 065**	**404 248**	**74 646**

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SCD : soins de courte durée ; SLD : soins de longue durée.

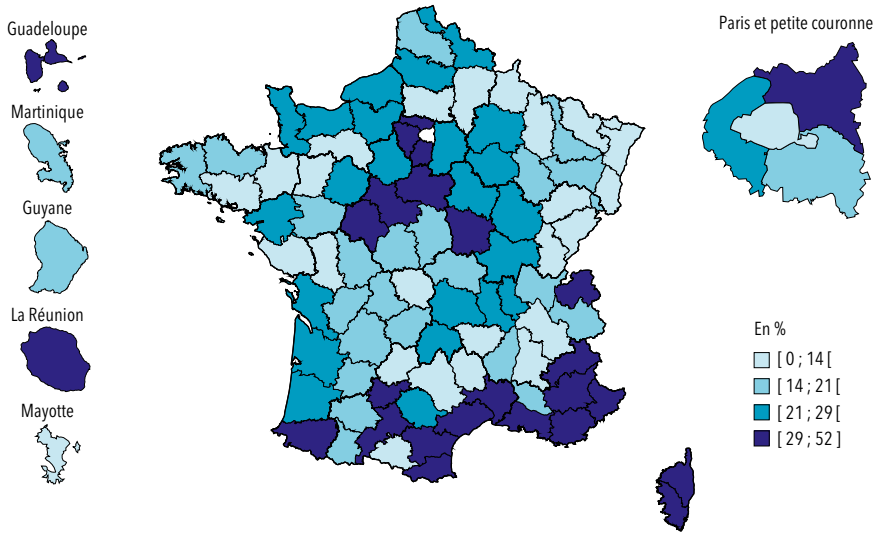
1. En 2016, les trois sites de l'Institut de cancérologie de l'Ouest et les deux sites de l'Institut Curie sont comptés chacun comme une entité.

Note > Le nombre d'entités indiqué pour le secteur public comptabilise désormais toutes les entités géographiques (et non uniquement les entités juridiques comme c'était le cas avant 2013). Pour une entité juridique multisite comme l'AP-HP, on compte autant d'entités que de sites.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA. Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel, y compris les anciens hôpitaux locaux. Les centres de dialyse et de radiothérapie ne sont pas comptabilisés.

Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Carte 1 Part du secteur privé à but lucratif dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle en 2016



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et 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, y compris les hôpitaux locaux. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) se substituent de manière générale aux établissements privés à but non lucratif. Cependant, la présentation traditionnelle « établissements publics / privés à but non lucratif / privés à but lucratif » est conservée dans le reste de l'ouvrage, à l'exception d'un zoom sur la situation financière des Espic (voir fiche 34, « La situation économique et financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif »). Par ailleurs, la catégorie « hôpital local » n'existe plus depuis l'entrée en vigueur en 2009 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST). Ces établissements sont restés financés sous forme de dotation jusqu'en 2012.

Source

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

Définitions

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

> **Entité juridique (EJ)** : elle 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 elle est maîtresse de sa décision. Elle exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine. •••

> **Entité géographique ou établissement (ET)** : elle correspond en général au site de production, mais aussi éventuellement au site porteur du budget. Ce dernier 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.

> **Entité juridique (dans le secteur public)** : elle peut regrouper plusieurs entités géographiques. C'est le cas de l'entité juridique Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui regroupe plusieurs entités géographiques sur différents sites parfois relativement éloignés.

> **Entité juridique (dans le secteur privé)** : elle représente la société d'exploitation (particulier ou société) et reste encore très souvent rattachée à une seule entité géographique, malgré le développement de regroupements.

> **Statuts juridiques des établissements** : les établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement, ainsi que la notion de groupement de coopération sanitaire, sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

Pour en savoir plus

> **Bras, P.-L., Pouvourville (de), G., Tabuteau, D.** (dir.) (2009). *Traité d'économie et de gestion de la santé.* Paris, France : Les Presses de Sciences Po / Éditions de Santé.

> **Kervasdoué (de), J.** (2015). *L'Hôpital.* Paris, France : PUF, coll. Que sais-je ? 5e édition.

02 Les capacités d'accueil à l'hôpital

En 2016, 404 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, y compris le service de santé des armées, soit une diminution de 64 000 lits d'hospitalisation depuis 2003. En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 75 000 places en 2016, soit une hausse de 25 000 places durant la même période.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 2003 et 2016, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 404 000, service de santé des armées (SSA) et établissements de Mayotte compris. Ce mouvement général résulte de la volonté de supprimer des lits excédentaires et de réorganiser l'offre. Il 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.

La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et concerne la quasi-totalité des disciplines, à l'exception de la psychiatrie. Dans cette discipline, le nombre de lits se maintient autour de 57 000 depuis 2007, les alternatives à l'hospitalisation ayant été développées dès les années 1970.

Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) a ainsi diminué tout au long de la période (-26 000 lits en treize ans). Ce sont surtout les capacités d'accueil en long séjour qui ont subi une forte baisse, passant de 80 000 lits en 2003 à 31 000 lits en 2016, 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)[1]. Elle a été particulièrement forte en 2009 et 2010, mais depuis 2012, le nombre de lits se maintient autour de 32 000.

En revanche, les capacités en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) progressent régulièrement, le nombre de lits étant passé de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2016 (*graphique 1*).

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

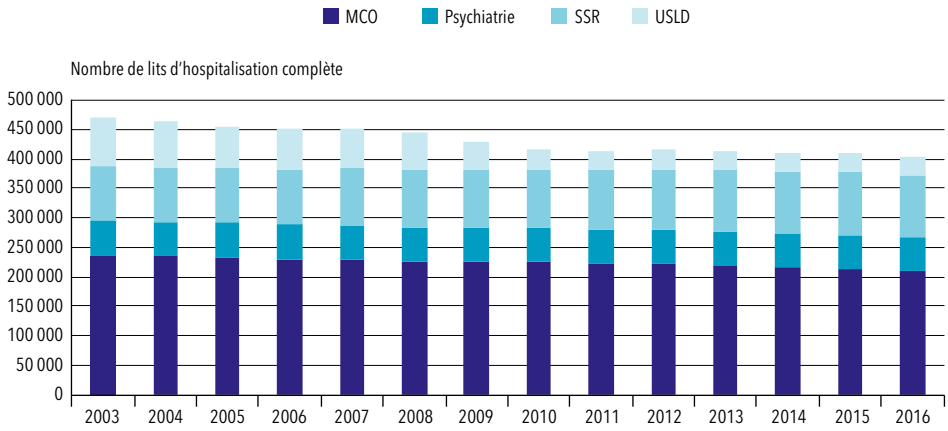
Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie, ont transformé les modes de prise en charge en faveur de l'hospitalisation à temps partiel. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) sont depuis effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet. Entre 2003 et 2013, 14 000 places d'hospitalisation à temps partiel en MCO ont été créées, venant compléter les 18 000 places déjà existantes (*graphique 2*). Depuis 2013, le nombre de places en MCO semble se stabiliser.

En psychiatrie, le nombre de places augmente lentement mais régulièrement depuis 2003 (+3 000 places, soit une hausse moyenne proche de 1 % par an). En moyen séjour, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, la progression de l'hospitalisation à temps partiel est plus rapide : 7 500 places ont été créées en treize ans, soit un doublement des capacités.

1. 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.

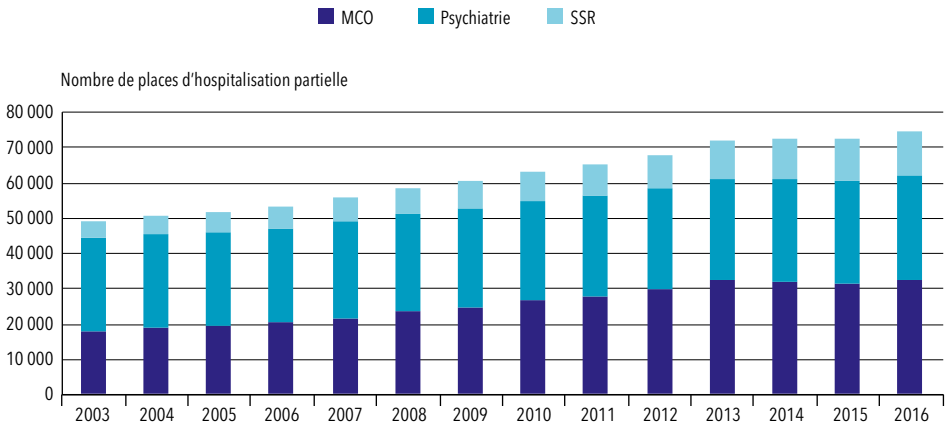
La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. En 2016, 40 % des places d'hospitalisation à temps partiel en MCO relèvent des cliniques privées à but lucratif. Cette proportion atteint 62 % pour la chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif regroupent 40 % des capacités d'hospitalisation à temps partiel en moyen séjour et 18 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 76 % des places en psychiatrie et 50 % des places en court séjour, avec un poids prépondérant dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique.

Graphique 1 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète entre 2003 et 2016



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2003-2016, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle entre 2003 et 2016

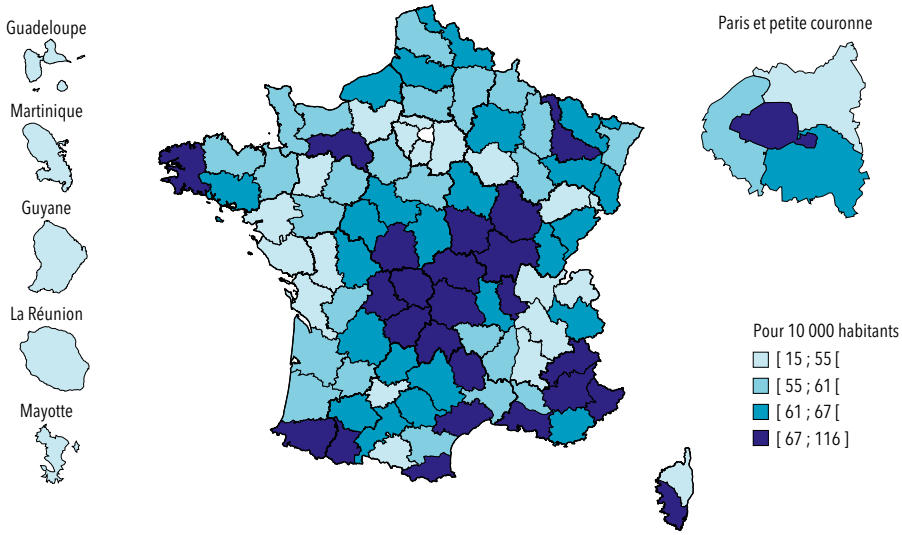


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2003-2016, traitements DREES.

Des disparités départementales persistantes

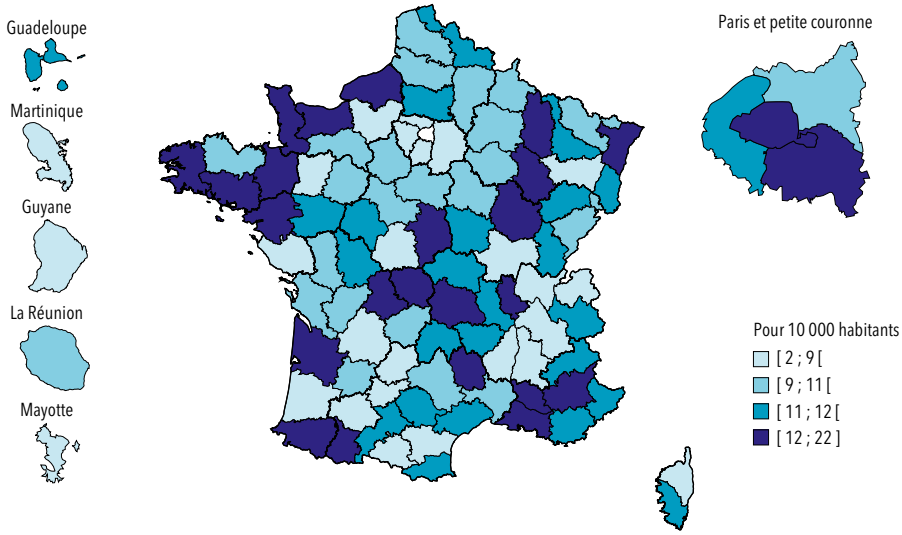
Toutes disciplines confondues, le nombre de lits (hospitalisation complète) pour 10 000 habitants varie de 15 à Mayotte, à 95 ou plus dans les Hautes-Alpes, le Cantal et la Lozère (*carte 1*). Cette hiérarchie n'est pas modifiée par la prise en compte ou non des soins de longue durée. Le nombre de places en hospitalisation partielle pour 10 000 habitants varie de 2 à Mayotte, à 18 en Haute-Vienne et 22 à Paris (*carte 2*). La Bourgogne, le Limousin et l'Auvergne se distinguent par une forte densité de lits comme de places. À l'opposé, Mayotte et la Guyane sont sous-dotées pour les deux types de capacités. L'ampleur des disparités de lits et de places entre départements diffère selon la discipline : elle est plus faible en court séjour (coefficient de variation [CV] de 0,21, hors Mayotte) qu'en psychiatrie ou en moyen séjour (CV de 0,27 et de 0,38, hors Mayotte). ■

Carte 1 Densité de lits en 2016



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR) et soins de longue durée (SLD).
Sources > DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Carte 2 Densité de places en 2016



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR).
Sources > DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et 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.

Source

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

Définitions

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

> **Hospitalisation complète** : elle 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 »).

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

•••

> **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en nombre de places pour l'hospitalisation partielle (celui-ci correspond au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et des places installés au 31 décembre 2016, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades. Ceux fermés temporairement pour cause de travaux sont inclus. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou de places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés intégralement.

> **Statuts juridiques des établissements** : les établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

03 L'activité en hospitalisation complète et partielle

En France métropolitaine et dans les DROM, le secteur hospitalier a pris en charge, en 2016, 12,1 millions de séjours en hospitalisation complète et 16,5 millions de journées en hospitalisation partielle. Cette dernière continue de progresser, notamment en court et moyen séjour, où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. Le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue très légèrement. Les portefeuilles d'activités 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 accueillis par les établissements publics.

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

Au cours de l'année 2016, les établissements de santé ont pris en charge 12,1 millions de séjours en hospitalisation à temps complet et 16,5 millions de journées en hospitalisation partielle ou de moins de un jour (*tableau 1*). La répartition des séjours selon les grandes disciplines médicales varie fortement en fonction des modes de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, le court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) concerne 86 % des prises en charge[1], le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) 9 % et la psychiatrie 5 %. En hospitalisation à temps partiel, 31 % des journées relèvent de la psychiatrie, secteur où les alternatives à l'hospitalisation ont été développées dans les années 1970. Les soins de courte durée représentent, pour leur part, 46 % des journées et le moyen séjour 24 %.

Les modes de prise en charge évoluent vers davantage d'hospitalisation partielle

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours en hospitalisation complète diminue, malgré une stabilisation globale ces dernières années, due notamment au vieillissement de la population. Dans le même temps, les prises en charge à temps partiel se sont développées, avec toutefois des disparités selon le statut juridique des établissements de santé et la discipline d'équipement.
En 2016, l'hospitalisation partielle augmente ainsi de 4,3 %, les cliniques privées à but lucratif contribuant pour 60 % à cette progression. La hausse de l'activité partielle atteint 7,9 % dans le moyen séjour (SSR) et 5,9 % dans le court séjour (MCO). À l'opposé, le nombre de journées d'hospitalisation partielle diminue légèrement en psychiatrie (-0,7 %).

Diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

La diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète se poursuit en 2016 (-0,5 %)[2], au même rythme qu'en 2015 en MCO (-1,2 %) et de façon plus marquée dans le secteur privé à but lucratif (-3,3 %). En hospitalisation complète de psychiatrie, comme en 2015, la progression du nombre de journées des cliniques privées (+2,1 %) ne suffit pas à compenser la baisse observée dans les établissements publics (-1,9 %).
L'activité de soins de longue durée, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre de séjours, continue de reculer légèrement en 2016 (-0,3 %), à 10,9 millions de journées d'hospitalisation complète. Après une augmentation jusqu'en 2001, l'activité dans cette discipline baisse depuis quinze ans, en raison de la transformation d'un grand

1. Hors séjours de soins de longue durée.
2. L'évolution 2014-2015 a été modifiée par rapport à celle de l'édition 2017 de cet ouvrage (voir rubrique Méthodologie dans l'encadré Sources et méthodes).

nombre d'unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).
En revanche, dans les établissements de SSR, l'hospitalisation complète continue de progresser (+0,7 %), portée notamment par la forte hausse du nombre de journées dans les cliniques privées.

Peu de variations entre départements métropolitains

En MCO, le nombre de séjours en hospitalisation complète rapporté à la population s'élève à 13 % dans les DROM et à 16 % en Métropole (*carte 1*). Les taux métropolitains les plus bas se situent dans l'Ouest (13 % en Ille-et-Vilaine et en Loire-Atlantique), à Paris, dans les Yvelines, les Hauts-de-Seine et le Val-d'Oise. Ils atteignent 20 % ou plus dans la Creuse, l'Orne, le Cantal, la Haute-Marne, la Meuse, la Nièvre et la Saône-et-Loire. Dans ces départements, la proportion d'habitants âgés de 60 ans ou plus dépasse 28 %. Or c'est surtout après 65 ans que le taux d'hospitalisation complète en MCO augmente fortement (voir fiche 11, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle »).

Spécialisation des activités selon le statut des établissements

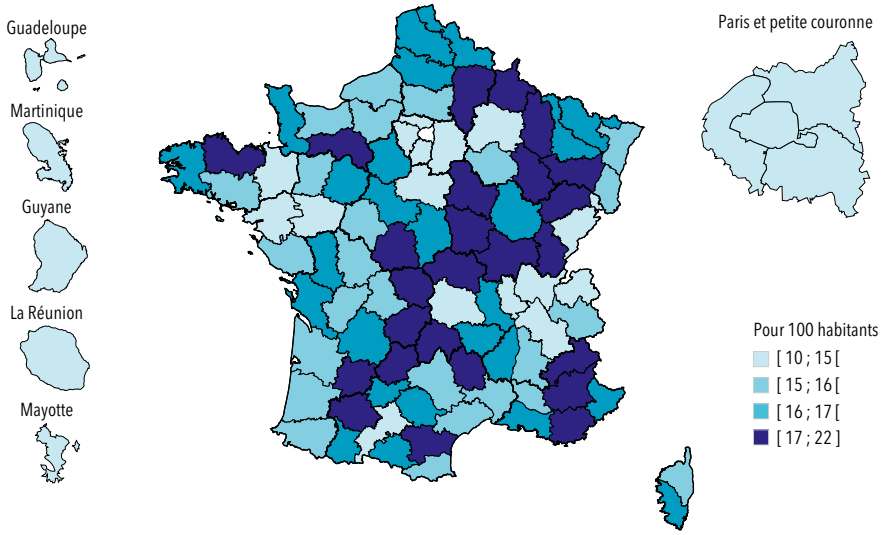
La structure d'activités des établissements de santé, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge, varie sensiblement selon leur statut juridique (*graphique 1*). Les soins de courte durée (MCO) en hospitalisation complète sont essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques

Tableau 1 Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2016

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	2016	Évolution 2015-2016 (en %)
Journées en hospitalisation partielle	**7 669 715**	**1,6**	**3 101 746**	**5,2**	**5 702 078**	**7,6**	**16 473 539**	**4,3**
MCO	3 124 108	5,2	652 953	8,7	3 742 759	6,0	7 519 820	5,9
Psychiatrie[1]	3 583 965	-2,4	947 765	-0,1	515 119	12,0	5 046 849	-0,7
SSR	961 642	5,6	1 501 028	7,2	1 444 200	10,2	3 906 870	7,9
Séjours en hospitalisation complète[2]	**7 930 808**	**0,7**	**1 207 499**	**0,0**	**2 953 328**	**-1,2**	**12 091 635**	**0,2**
MCO	7 069 821	1,1	845 145	1,0	2 479 800	-1,9	10 394 766	0,4
Psychiatrie	427 385	-5,8	73 016	-3,3	123 846	1,7	624 247	-4,1
SSR[3]	433 602	0,1	289 338	-1,9	349 682	3,3	1 072 622	0,6
Journées en hospitalisation complète	**77 495 083**	**-0,8**	**16 615 814**	**-1,1**	**27 258 943**	**0,5**	**121 369 840**	**-0,5**
MCO	42 615 774	-0,8	4 665 975	-0,1	10 675 261	-3,3	57 957 010	-1,2
Psychiatrie	11 396 320	-1,9	2 216 669	-2,0	4 760 932	2,1	18 373 921	-0,9
SSR[3]	13 628 106	0,1	8 847 522	-1,8	11 619 638	3,5	34 095 266	0,7
SLD	9 854 883	-0,7	885 648	3,1	203 112	4,9	10 943 643	-0,3

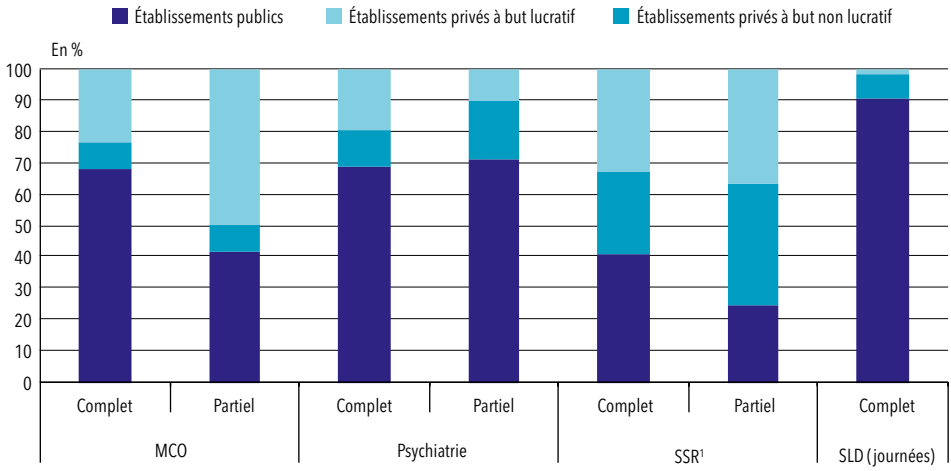
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.
1. Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée où une demi-journée compte pour 0,5.
2. Non compris les séjours de soins de longue durée.
3. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2015-2016, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2015-2016, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

Carte 1 Nombre de séjours de MCO en hospitalisation complète en 2016



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Graphique 1 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle en 2016



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.
1. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Note > On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2016, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2016, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

privées. Ces dernières réalisent 50 % des séjours d'hospitalisation partielle en MCO.
Les établissements publics accueillent la majeure partie des séjours psychiatriques, à temps partiel (71 %) comme à temps complet (68 %). En complément, 20 % des séjours à temps complet de psychiatrie sont réalisés dans les cliniques privées à but lucratif, tandis que 19 % des séjours à temps partiel relèvent du secteur privé à but non lucratif.
L'activité de soins de moyen séjour (SSR) est mieux répartie entre les différents types d'établissements : 38 % de journées d'hospitalisation à temps partiel s'effectuent dans les établissements privés à but non lucratif et 37 % dans les cliniques privées. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation sont confirmées et amplifiées en analysant la répartition des activités par pathologie ou par acte médical (voir fiches 13 à 15 , « La spécialisation en médecine », « La spécialisation en chirurgie », « La spécialisation en obstétrique »). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ
Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2016, en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint Barthélemy et 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).

Sources
La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées 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.

Méthodologie
Les données du PMSI-SSR recueillent des données pour des semaines entières. Le PMSI-SSR 2015 comportait des données pour 53 semaines, contre 52 en 2014 et en 2016. Par rapport à l'édition précédente, l'activité 2015 a été corrigée pour la rapporter à une durée de 52 semaines et la rendre comparable à celle de 2016. L'évolution 2014-2015 pour le moyen séjour (SSR) et l'ensemble de l'activité s'en trouve donc modifiée, par rapport à l'édition 2017 de l'ouvrage (*tableau 1*).

Définitions
> **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle** : en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), 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 d'une durée supérieure à un jour est classé en hospitalisation de plus de un 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 partielle).

> **Statuts juridiques des établissements** : les établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

04 Les autres prises en charge hospitalières

En 2016, les établissements de santé ont réalisé 16,5 millions de journées en hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en psychiatrie et en moyen séjour, pour un total d'environ 75 000 places.
À ces prises en charge, il faut ajouter 13,1 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, ainsi que des séjours en hospitalisation à domicile.

Les alternatives à l'hospitalisation complète

La fermeture de lits d'hospitalisation complète traduit, avec un léger décalage dans le temps, la transformation des modes de prise en charge intervenue progressivement 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). Grâce à elles, le nombre de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) effectuées en toute sécurité en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation a progressivement augmenté. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 consacre cette évolution en prévoyant explicitement la création de structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète. Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, et par les structures pratiquant l'anesthésie, la chirurgie ou la médecine ambulatoires (voir fiche 3, « L'activité en hospitalisation complète et partielle »).
En 2016, 46 % des journées d'hospitalisation partielle sont réalisées en court séjour (dont plus de la moitié en médecine), 31 % en psychiatrie et 24 % en soins de suite et de réadaptation (SSR) [*tableau 1*]. L'hospitalisation partielle continue de progresser à un rythme soutenu en court séjour (+5,9 % en 2016, après +3,5 % en 2015) et en SSR (+7,9 % en 2016, après +6,4 % en 2015). Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) assurent également des prises en charge intermédiaires entre l'établissement de santé et la médecine de ville (voir fiches 20 et 21, « Les établissements d'hospitalisation à domicile » et « Les patients hospitalisés à domicile »).

13,1 millions de séances de traitement itératif

En France métropolitaine et dans les DROM, des traitements et des cures ambulatoires sont également comptabilisés, en particulier 2,5 millions de séances de chimiothérapie, 6,7 millions de séances de dialyse et 3,9 millions de séances de radiothérapie (*tableau 2*). La grande majorité des séances de radiothérapie sont réalisées en ambulatoire (98 %), principalement dans les cliniques privées. Le secteur public occupe, lui, une place importante dans l'activité de chimiothérapie et prend en charge 52 % des séances. Les 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC) prennent également en charge une grande partie de l'activité de radiothérapie et de chimiothérapie. Ces établissements ont pratiqué 14 % des séances de chimiothérapie et 22 % des séances de radiothérapie. Enfin, environ 520 000 personnes ont été transfusées[1]. Les autres traitements et cures ambulatoires sont notamment réalisés par du personnel non médical. Ils concernent essentiellement les prises en charge en psychiatrie (psychologues, infirmiers, etc.) et en réadaptation fonctionnelle (kinésithérapeutes, etc.).

Les consultations mémoire

À la suite du plan Alzheimer 2008-2012, 574 entités déclarent disposer, en 2016, d'une consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de la

1. Source : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), rapport d'activité hémovigilance 2016.

Tableau 1 Activité et capacités pour les alternatives à l'hospitalisation complète en 2016

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Journées/ séjours (en milliers[1])	Places	Journées/ séjours (en milliers[1])	Places	Journées/ séjours (en milliers[1])	Places	Journées/ séjours (en milliers[1])	Places
Hospitalisation partielle en MCO, dont :								
médecine	2 137	9 920	392	1 607	1 910	1 649	4 439	13 176
chirurgie	771	5 269	248	1 634	1 790	11 050	2 809	17 953
gynéco-obstétrique	217	1 067	13	84	42	189	272	1 340
Total	**3 124**	**16 256**	**653**	**3 325**	**3 743**	**12 888**	**7 520**	**32 469**
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie[2]	3 584	22 664	948	5 354	515	1 639	5 047	29 657
Hospitalisation partielle en SSR	962	3 351	1 501	5 037	1 444	4 132	3 907	12 520
Total	**7 670**	**42 271**	**3 102**	**13 716**	**5 702**	**18 659**	**16 474**	**74 646**
HAD[3]	59	4 274	108	9 166	21	2 853	188	16 293

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.
1. On parle de séjours en hospitalisation à domicile et de journées pour les autres disciplines.
2. Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée, où une demi-journée compte pour 0,5.
3. L'activité d'HAD est celle des disciplines de MCO et de SSR, c'est-à-dire hors psychiatrie. Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2016, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; PMSI-HAD 2016, traitements DREES, pour l'activité d'HAD ; SAE 2016, traitements DREES, pour les capacités d'accueil et l'activité de psychiatrie.

Tableau 2 Nombre de séances en 2016 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 ambulatoire[1]	**1 312 127**	**503 761**	**716 691**	**2 532 579**
Radiothérapie	**983 031**	**1 110 884**	**1 774 069**	**3 867 984**
Séances sur malades ambulatoires	964 177	1 093 234	1 743 670	3 801 081
Séances sur malades hospitalisés	18 854	17 650	30 399	66 903
Dialyse	**1 664 529**	**2 574 355**	**2 465 304**	**6 704 188**
Total	**3 959 687**	**4 189 000**	**4 956 064**	**13 104 751**

1. Ne sont pas comptabilisées les préparations de chimiothérapies délivrées.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, en France métropolitaine et dans les DROM (*tableau 3*). Il s'agit, dans 86 % des cas, d'établissements publics (dont 70 % de centres hospitaliers et 12 % de CHR), d'établissements privés à but non lucratif dans 9 % des cas et d'établissements privés à but lucratif dans 5 % des cas. Ces consultations ont accueilli 258 000 patients différents au cours de l'année 2016, dont 53 % de nouveaux patients. Ce sont des consultations labellisées[2] pour 90 % des patients. Des groupes de parole destinés aux aidants ont été mis en place par 205 unités.

La prise en charge de la douleur chronique

En 2016, 246 entités sont identifiées comme structures de traitement de la douleur chronique. Parmi elles, 237 ont décrit leur activité de consultation dans l'enquête SAE. Au cours de l'année 2016, 273 000 patients externes et 24 000 patients internes ont bénéficié de consultations médicales, dont 465 000 consultations effectuées par un médecin, hors psychiatres, et 17 000 par un médecin psychiatre. 106 000 consultations de psychologue et 159 000 actes infirmiers ont été réalisés.

Les urgences

En France métropolitaine et dans les DROM, les urgences ont recensé 21,0 millions de passages en 2016. Celles-ci, ainsi que d'autres formes de prises en charge ambulatoires à l'hôpital (en particulier la psychiatrie), font l'objet de fiches spécifiques (voir les chapitres « Les autres disciplines hospitalières » et « Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière »). ■

Tableau 3 Répartition des consultations mémoires selon le statut de l'établissement en 2016

Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Nombre d'entités ayant une consultation mémoire, dont :	**496**	**49**	**29**	**574**
consultation mémoire labellisée	388	36	13	437
File active, dont :	**231 157**	**17 882**	**8 782**	**257 821**
nouveaux patients	121 886	9 047	4 810	135 743
Groupe de parole destiné aux aidants	**181**	**14**	**10**	**205**

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

2. Pour être labellisée par l'ARS, une consultation mémoire doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée de neurologues ou gériatres, de psychologues ou orthophonistes, d'un temps de secrétariat, et accueillir une file active supérieure à 200 patients.

Encadré Sources et méthodes

Champ
Activités alternatives à l'hospitalisation à temps complet ayant fonctionné en 2016 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les consultations externes déclarées par les établissements publics de santé ne sont pas comptabilisées.

Sources
La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées 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.

Définitions
> **Alternatives à l'hospitalisation** : elles ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile » (article R6121-4 du Code de la santé publique).

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

> **Radiothérapie** : ce traitement consiste à utiliser des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses. La radiothérapie ne s'emploie pas uniquement pour traiter les cancers mais, dans la pratique, son utilisation pour des affections non cancéreuses est faible.

> **Nombre de passages aux urgences pour l'année** : il inclut l'ensemble des arrivées quels que soient les modes d'arrivée et de sortie.

> **Centres de lutte contre le cancer (CLCC)** : ils assurent des missions de soins, de recherche et d'enseignement, et sont spécialisés en cancérologie. On compte 21 établissements sur le territoire métropolitain.

Pour en savoir plus

> **Baubeau, D., Trigano, L.** (2004, juillet). La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. DREES, *Études et Résultats*, 327.

> **Baubeau, D., Carrasco, V., Mermilliod, C.** (2005, mars). L'activité de radiothérapie en 2002. DREES, *Études et Résultats*, 387.

05 Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens

En 2016, ce sont 190 000 emplois médicaux, internes inclus, hors sages-femmes, qui sont comptabilisés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, y compris le service de santé des armées. Les emplois médicaux salariés représentent 7 postes sur 10, hors internes, et 84 % d'entre eux relèvent des hôpitaux publics. Les postes de praticiens libéraux, pour leur part, sont concentrés à hauteur de 84 % dans les établissements privés à but lucratif.

Deux tiers des emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics

En 2016, 190 000 emplois médicaux, internes et faisant fonction d'internes compris, hors sages-femmes, sont dénombrés dans les établissements de santé, répartis en : 115 000 salariés, 42 000 praticiens libéraux et 33 000 internes et assimilés (*tableau 1*). Deux tiers des emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics, 21 % des cliniques privées et 11 % des établissements privés à but non lucratif.

Dans les établissements publics, les emplois médicaux salariés sont occupés essentiellement par des praticiens hospitaliers (60 % des ETP) [*tableau 2*]. Les attachés, assistants et praticiens hospitalo-universitaires titulaires représentent respectivement 12 %, 7 % et 4 % des emplois médicaux salariés en ETP. Les internes et assimilés, eux, occupent 31 000 emplois, soit 24 % des emplois médicaux. Enfin, 2 000 emplois de praticiens libéraux sont aussi mobilisés dans les établissements publics (sur les différents statuts des personnels des établissements de santé, voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »).

Dans les établissements privés à but non lucratif, les emplois salariés correspondent à 75 % des emplois médicaux, hors internes et assimilés. Ces derniers représentent un peu plus de 2 000 emplois (7 % de l'ensemble des internes et assimilés). Dans les cliniques privées, les libéraux sont largement majoritaires (87 % des emplois médicaux), tandis que moins de 300 internes et assimilés y sont employés.

La médecine générale et les spécialités médicales mobilisent 61 % des praticiens

Parmi les emplois de praticiens exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé, 61 % sont dédiés, à temps plein ou à temps partiel, à la médecine générale et à des spécialités médicales (y compris anesthésie-réanimation et pédiatrie) [*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 (respectivement 62 % et 65 %) que dans les cliniques privées (57 %). Celles-ci se consacrent davantage à la chirurgie (voir fiche 14, « La spécialisation en chirurgie »). La moindre proportion des emplois de praticiens consacrés à la biologie médicale dans le secteur privé traduit une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux même des établissements. ■

Tableau 1 Les emplois médicaux, hors sages-femmes, dans les établissements de santé en 2016

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Médecins, odontologistes, pharmaciens				
Salariés	96 558	13 859	5 028	115 445
Libéraux	2 021	4 537	35 142	41 700
Total	**98 579**	**18 396**	**40 170**	**157 145**
Internes	28 362	2 031	236	30 629
Faisant fonction d'internes (FFI)	2 407	244	1	2 652
Total	**30 769**	**2 275**	**237**	**33 281**
Total	**129 348**	**20 671**	**40 407**	**190 426**

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition par statut, en équivalent temps plein, des emplois médicaux salariés, hors sages-femmes, hors internes, dans les établissements de santé publics en 2016

	2016
Emploi total des salariés des établissements publics	**96 558**
ETP des praticiens hospitalo-universitaires titulaires[1]	3 163
ETP des praticiens hospitaliers	42 397
ETP des assistants	4 930
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 087
ETP des attachés	8 553
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	9 444
Total des ETP salariés	**70 574**

ETP : équivalent temps plein moyen annuel rémunéré.
1. Par convention, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) sont comptés pour 0,5 ETP.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Tableau 3 Les emplois médicaux, hors sages-femmes, hors internes, dans les établissement de santé en 2016, selon la spécialité

Spécialité	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Répartition (en %)
Médecine générale	16 863	2 682	3 139	22 684	14,4
Anesthésie-réanimation	7 717	1 271	3 767	12 755	8,1
Pédiatrie	4 455	527	613	5 595	3,6
Autres spécialités médicales	31 787	7 518	15 424	54 729	34,8
Gynécologie-obstétrique	3 974	616	1 711	6 301	4,0
Spécialités chirurgicales	11 546	2 435	11 775	25 756	16,4
Biologie médicale	3 685	190	528	4 403	2,8
Psychiatrie	8 671	1 493	1 271	11 435	7,3
Pharmacie	5 242	1 105	1 300	7 647	4,9
Autres	4 639	559	642	5 840	3,7
Total	**98 579**	**18 396**	**40 170**	**157 145**	**100,0**

Lecture > 14,4 % des emplois médicaux (hors sages-femmes) en établissement de santé concernent la médecine générale en 2016.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Personnel médical des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Pour calculer le nombre d'internes et assimilés, ne sont comptabilisés que les établissements comportant au moins un interne ou un faisant fonction d'interne (FFI).

Source

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

Définitions

> **Personnel médical** : il est composé de médecins, d'odontologistes et de pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes (FFI), qui sont en formation. Sont déclarés les personnels médicaux (hors sages-femmes) des établissements sanitaires uniquement. Le cas précis des sages-femmes est présenté dans la fiche 7, « Personnels non médicaux salariés et sages-femmes ».

> **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. 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 des emplois et non des effectifs en personnes physiques qui sont comptabilisés. Une baisse des emplois à l'occasion de restructurations, par exemple, ne se traduit pas nécessairement 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, en général, à l'intitulé du poste occupé par les salariés. Les médecins qui partagent leur temps entre deux activités au sein d'un même établissement sont classés dans la spécialité principale exercée dans cet établissement.

> **Statuts à l'hôpital public** : les personnels médicaux ont principalement le titre de praticiens hospitaliers ; ils occupent des postes à temps plein ou à temps partiel. Les praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH), les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), les praticiens hospitaliers universitaires (PHU), les assistants hospitaliers universitaires (AHU) et les chefs de clinique des universités–assistants des hôpitaux (CCU-AH) 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 ayant le statut d'assistant sont recrutés avec des contrats à durée déterminée. Les praticiens attachés travaillent à temps partiel (1 à 10 vacations hebdomadaires maximum) et peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.

> **Équivalent temps plein** : il correspond ici à l'équivalent temps plein moyen annuel rémunéré, qui fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année et à la quotité de travail dans la semaine.

Pour en savoir plus

> **Barlet, M., Marbot, C.** (dir.) (2016). *Portrait des professionnels de santé.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> **Kranklader, E.** (2012, mars). Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts. DREES : *Dossiers solidarité et santé*, 25.

06 Les internes dans les établissements de santé

Fin 2016, 31 000 étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sont affectés, dans le cadre de leur internat, dans des établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, y compris le service de santé des armées. Les internes et faisant fonction d'internes sont principalement accueillis dans les établissements publics. Plus d'un sur deux l'est en centre hospitalier universitaire et 85 % 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 odontologistes, ce statut d'interne n'est pas systématique ; il est même marginal pour les odontologistes. De ce fait, fin 2016, plus de 9 internes sur 10 (93 %) sont inscrits en médecine (*tableau 1*), contre 1 % d'entre eux en odontologie. Cette répartition reflète celle des professions médicales (hors sages-femmes) exerçant au sein des hôpitaux publics et privés : 94 % des praticiens (y compris hospitalo-universitaires) sont des médecins. Le nombre d'internes par praticien est aussi élevé en médecine qu'en pharmacie (0,3 interne pour un praticien).

Les faisant fonction d'internes (FFI) représentent 8,0 % de l'ensemble des internes titulaires et des FFI en 2016.

Internes et FFI exercent surtout 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 7 % 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 principalement dans le secteur public, notamment en CHU (39 %) et dans les CH de grande taille (38 %).

Hormis pour les établissements privés à but lucratif, la répartition des internes et des FFI par catégorie d'établissement présente des similitudes avec celle des médecins, pharmaciens et odontologistes, plus nombreux dans les CHU et les CH de grande taille. Cependant, le nombre d'internes et de FFI par praticien est plus élevé dans les CHU (0,44 interne ou FFI par praticien) que dans les grands CH (0,28 interne ou FFI par praticien). Cette distribution suit aussi celle de l'activité d'hospitalisation complète, mesurée en séjours. Les CHU et les CH de grande taille, qui accueillent 78 % des internes et FFI, assurent également la majorité des séjours en hospitalisation complète (63 %). Toutefois, la répartition des internes et FFI entre ces deux catégories n'est pas proportionnelle à l'activité observée. Les CH de grande taille assurent, en effet, 32 % des séjours en hospitalisation complète en 2016, mais n'accueillent que 23 % des internes et FFI. De ce fait, rapporté au nombre de séjours en hospitalisation complète, le nombre d'internes et de FFI est deux fois et demie plus élevé dans les CHU que dans les CH.

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

La majorité des internes et des FFI (85 %) effectuent leur formation au sein de services appartenant à la discipline d'équipement « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO) [*tableau 3*]. Seuls 10 % des internes et des FFI en équivalent temps plein (ETP) exercent en service psychiatrique, en hospitalisation à

Tableau 1 Les internes dans les établissements de santé en 2016, selon la spécialité

Spécialité	Internes[1]		Personnel médical[2]		Ratio internes/ personnel médical[2]
	Effectifs	%	Effectifs	%	
Pharmacie	1 764	5,8	5 469	4,9	0,32
Odontologie	354	1,2	1 804	1,6	0,20
Médecine (médecine générale et spécialité de médecine)	28 511	93,1	105 347	93,5	0,27
Total	**30 629**	**100,0**	**112 620**	**100,0**	**0,27**

1. Internes titulaires seuls, hors faisant fonction d'internes (FFI).
2. Le personnel médical comprend les emplois des salariés et des libéraux.
Lecture > Les pharmaciens et les médecins forment plus d'internes que les odontologues.
Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, accueillant des internes ou des FFI.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Tableau 2 Les internes et les faisant fonction d'internes en établissement de santé en 2016, selon la catégorie d'établissement

Spécialité	Établissements publics			Établis-sements privés à but non lucratif	dont CLCC	Établis-sements privés à but lucratif	Ensemble des établis-sements
	CHU	CH de grande taille (au moins 300 lits)	Autres établissements publics (y compris CHS)				
Internes (effectifs)	17 272	6 813	4 277	2 031	802	236	30 629
Internes (%)	56,4	22,2	14,0	6,6	2,6	0,8	100,0
FFI (effectifs)	1 042	997	368	244	54	1	2 652
FFI (%)	39,3	37,6	13,9	9,2	2,0	0,0	100,0
Total internes et FFI (effectifs)	**18 314**	**7 810**	**4 645**	**2 275**	**856**	**237**	**33 281**
Total internes et FFI (%)	**55,0**	**23,5**	**14,0**	**6,8**	**2,6**	**0,7**	**100,0**
Total du personnel médical[1] (effectifs)	**41 483**	**28 147**	**23 462**	**11 438**	**2 489**	**8 090**	**112 620**
Total du personnel médical[1] (%)	**36,8**	**25,0**	**20,8**	**10,2**	**2,2**	**7,2**	**100,0**
Séjours en hospitalisation complète (nombre)	3 023 062	3 114 399	2 056 278	884 867	142 567	713 044	9 791 650
Séjours en hospitalisation complète (%)	30,9	31,8	21,0	9,0	1,5	7,3	100,0
Ratio internes et FFI/ personnel médical	0,44	0,28	0,20	0,20	0,34	0,03	0,30
Ratio internes et FFI/100 séjours en hospitalisation complète	0,61	0,25	0,23	0,26	0,60	0,03	0,34

CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier; CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales ; CLCC : centre de lutte contre le cancer.
1. Le personnel médical comprend les emplois des salariés et des libéraux.
Lecture > Rapportés à un même nombre de séjours en hospitalisation complète, les centres hospitaliers universitaires et les centres de lutte contre le cancer forment plus d'internes et de FFI que les autres établissements de santé.
Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, accueillant des internes ou des FFI.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

domicile, en service de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ou encore en soins de longue durée. Les médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers salariés travaillent également en grande partie en MCO (84 % en ETP). Le nombre d'internes et de FFI par praticien y est de 0,44. C'est en service psychiatrique que ce ratio est le plus faible (0,28).

Plus de la moitié (55 %) des internes et des FFI de ces services travaillent dans des centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS) et 27 % en CHU (*tableau 4*). Néanmoins, rapportés au nombre de séjours en hospitalisation complète, les services de psychiatrie des CHU comptabilisent presque trois fois plus d'internes que les CHS. Dans ces services, le nombre d'internes par séjour en hospitalisation complète (1,19 pour 100 séjours) est particulièrement élevé. ■

Tableau 3 Les internes et les faisant fonction d'internes en établissement de santé en 2016, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation

Discipline	Internes et faisant fonction d'internes		Personnel médical salarié[1]		Ratio internes/personnel médical salarié[1]
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques[2]	1 572	5,0	1 364	1,9	1,15
MCO	26 770	85,2	60 318	84,1	0,44
Psychiatrie	2 172	6,9	7 701	10,7	0,28
HAD	52	0,2	134	0,2	0,39
SSR	752	2,4	1 975	2,8	0,38
SLD	96	0,3	187	0,3	0,51
Ensemble	**31 414**	**100,0**	**71 679**	**100,0**	**0,44**

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée ; ETP : équivalent temps plein moyen annuel rémunéré.
1. 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.
2. 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 DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, accueillant des internes ou des FFI.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Tableau 4 Les internes et les faisant fonction d'internes en service psychiatrique en 2016

Établissement	Internes et faisant fonction d'internes		Séjours en hospitalisation complète en psychiatrie	Ratio internes/100 séjours en hospitalisation en psychiatrie
	ETP	%		
CHS	1 192	54,9	283 591	0,42
CHU	589	27,1	49 314	1,19
CH	300	13,8	109 810	0,27
Autres établissements	92	4,2	31 568	0,29
Ensemble	**2 172**	**100,0**	**474 283**	**0,46**

CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier.
Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, accueillant des internes ou des FFI.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ
Internes des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), en fonction au 31 décembre 2016. Ne sont comptabilisés que les établissements accueillant au moins un interne ou un faisant fonction d'interne (FFI).

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

Définitions
> **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 ou un diplôme complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, sont désignés en qualité de faisant fonction d'interne. L'exercice en France de ces médecins est conditionné par une autorisation. À défaut, ils ne peuvent exercer des fonctions hospitalières que s'ils sont inscrits à des formations universitaires et uniquement dans des établissements hospitaliers publics.

> **Équivalent temps plein :** il correspond ici à l'équivalent temps plein moyen annuel rémunéré, qui fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année et à la quotité de travail dans la semaine.

Pour en savoir plus

> **Anguis, M.** (2017, mars). En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. DREES, *Études et Résultats*, 1006.

> **Barlet, M., Marbot, C.** (dir.) (2016). *Portrait des professionnels de santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> **Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)** (2010). *Les Internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*, tome I. Rapport disponible sur le site de la DREES : www.social-sante.gouv.fr, rubrique « Rapports » de l'ONDPS.

07 Personnels non médicaux salariés et sages-femmes

En 2016, les personnels non médicaux et les sages-femmes, exerçant à temps plein ou à temps partiel, représentent plus de 1 million de salariés en équivalent temps plein dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, y compris le service de santé des armées. Il s'agit uniquement du personnel des établissements sanitaires, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation étant ici exclu. Près des deux tiers des personnels non médicaux et des sages-femmes sont des titulaires et des stagiaires de la fonction publique hospitalière.

Les trois quarts des emplois concernent des hôpitaux publics en 2016

Les personnels non médicaux salariés et les sages-femmes dans les établissements de santé représentent 1 023 000 emplois en équivalent temps plein (ETP). Les trois quarts de ces ETP concernent des hôpitaux publics. Le quart restant se répartit à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (*tableau 1*).

Près de 15 000 ETP de sages-femmes sont recensés dans les établissements de santé en 2016. Ces emplois sont très largement concentrés dans les hôpitaux publics (78 %). Les cliniques privées mobilisent 15 % des ETP de sages-femmes et les établissements privés à but non lucratif 7 %.

Le personnel soignant (infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, psychologues) représente 69 % de l'ensemble des personnels non médicaux en 2016, soit 695 000 ETP. Sa répartition par secteur est proche de celle des sages-femmes : 74 % des ETP sont employés par les hôpitaux publics, 14 % par les cliniques privées et 12 % par les établissements privés à but non lucratif.

Au sein du personnel soignant, les emplois d'infirmiers et d'aides-soignants sont majoritaires (respectivement 45 % et 33 % en ETP). La place des rééducateurs et des psychologues est plus modeste (5 % des ETP des personnels non médicaux soignants). Comme les autres catégories de personnel, ils sont plus nombreux dans les hôpitaux publics. Néanmoins, ils sont relativement plus mobilisés dans les établissements privés à but non lucratif que dans les autres établissements : leur part dans l'ensemble des personnels non médicaux soignants y atteint 10 %, contre 5 % dans les hôpitaux publics et les cliniques privées. Cela reflète, en partie, la part prépondérante de ce secteur dans les activités de soins de suite et de réadaptation (voir fiche 22, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »).

En 2016, 66 % des ETP des personnels non médicaux et sages-femmes de la section hôpital exercent en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) [*tableau 2*]. Les personnels exerçant en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation (SSR) représentent respectivement 15 % et 14 % des ETP des personnels non médicaux et sages-femmes. Cette répartition est très stable depuis 2013.

Près des deux tiers des personnels non médicaux et des sages-femmes sont des titulaires et des stagiaires de la fonction publique hospitalière

En 2016, sur plus de 1 million de personnels non médicaux et de sages-femmes des établissements de santé, 642 000 sont titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière, 270 000 sont en contrat à durée indéterminée (CDI) et 110 000 en contrat à durée déterminée (CDD) [*tableau 3*]. 63 % des sages-femmes sont titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière, 21 % sont en CDI et 16 % en CDD.

Chez les personnels non médicaux soignants, la répartition par statut des emplois est globalement très proche. Toutefois, certaines catégories de

Tableau 1 Personnels non médicaux et sages-femmes des établissements de santé en 2016, emplois en équivalent temps plein moyen annuel rémunéré

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Sages-femmes	**11 582**	**1 061**	**2 248**	**14 891**
Personnels non médicaux	**758 596**	**118 984**	**130 435**	**1 008 014**
dont personnels non médicaux soignants	**513 664**	**80 987**	**99 440**	**694 091**
Personnel d'encadrement du personnel soignant	17 492	3 422	3 220	24 134
Infirmiers[1] diplômés d'État	233 850	35 322	45 606	314 778
Aides-soignants	174 620	23 364	28 729	226 712
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	62 244	11 081	17 256	90 581
Rééducateurs	15 157	5 918	3 741	24 815
Psychologues	10 302	1 881	888	13 071
dont personnels non médicaux non soignants	**244 932**	**37 996**	**30 995**	**313 924**
Personnels administratifs	96 191	18 961	19 160	134 312
Personnels éducatifs et sociaux	11 733	3 451	980	16 163
Personnels médico-techniques	41 913	6 522	4 160	52 595
Personnels techniques	95 095	9 063	6 696	110 854
Total	**770 178**	**120 045**	**132 683**	**1 022 906**

1. Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique.
Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Tableau 2 Personnels non médicaux et sages-femmes en 2016 par discipline, en équivalent temps plein

Discipline	2016
Administration	**237 103**
Section hôpital	**785 802**
MCO	522 131
Psychiatrie	118 512
HAD	8 907
SSR	108 062
SLD	28 190
Ensemble	**1 022 906**
Ensemble (hors unités de soins de longue durée)	**994 715**

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.
Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

personnel ont des statuts plus variés : les rééducateurs et les psychologues sont aussi souvent titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière qu'en CDI (44 % des ETP pour chacun des statuts) ; moins de la moitié (49 %) des agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux sont titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière et un tiers sont en CDI.

Parmi les personnels non soignants, la part de titulaires et de stagiaires de la fonction publique est un peu plus faible (61 %). Ainsi, un tiers des personnels administratifs et des personnels éducatifs et sociaux sont en CDI. ■

Tableau 3 Personnels non médicaux et sages-femmes des établissements de santé en 2016 selon la spécialité et le contrat, emplois en équivalent temps plein moyen annuel rémunéré

	Personnel en CDI	Personnel en CDD	Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière	Ensemble du personnel des établissements sanitaires
Sages-femmes	**3 146**	**2 331**	**9 415**	**14 891**
Personnels non médicaux	**267 353**	**107 965**	**632 696**	**1 008 014**
dont personnels non médicaux soignants	**181 838**	**71 719**	**440 533**	**694 091**
Personnel d'encadrement du personnel soignant	6 833	125	17 176	24 134
Infirmiers[1] diplômés d'État	78 645	26 235	209 898	314 778
Aides-soignants	50 569	23 657	152 485	226 712
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	29 253	16 967	44 360	90 581
Rééducateurs	11 297	2 617	10 901	24 815
Psychologues	5 241	2 117	5 713	13 071
dont personnels non médicaux non soignants	**85 515**	**36 246**	**192 163**	**313 924**
Personnels administratifs	43 583	14 651	76 078	134 312
Personnels éducatifs et sociaux	5 086	1 869	9 209	16 163
Personnels médico-techniques	11 860	5 851	34 884	52 595
Personnels techniques	24 987	13 875	71 992	110 854
Total	**270 499**	**110 296**	**642 111**	**1 022 906**

CDI : contrat à durée indéterminée ; CDD : contrat à durée déterminée.
1. Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique.
Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ
Personnels non médicaux salariés et sages-femmes des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est exclu.

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

Méthodologie
Le personnel est comptabilisé selon l'emploi ou le grade pour 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.

Définitions
> **Personnels non médicaux et sages-femmes :** il s'agit ici des personnels salariés, titulaires ou contractuels des établissements sanitaires, rémunérés au 31 décembre 2016 par l'établissement dans le secteur privé, ou par l'entité juridique dans le secteur public. Sont inclus les élèves rémunérés, les personnels en congés simples ou de longue maladie, en cessation progressive d'activité, etc. Les apprentis et autres contrats aidés ne sont pas comptabilisés. Le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation n'apparaît pas dans cette fiche.

> **Équivalent temps plein :** il correspond ici à l'équivalent temps plein moyen annuel rémunéré, qui fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année et à la quotité de travail dans la semaine.

Pour en savoir plus

> **Barlet, M., Marbot, C.** (dir.) (2016). *Portrait des professionnels de santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> **Barlet, M., Cavillon, M.** (2011, mai). La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. DREES, *Études et Résultats*, 759.

> **Cavillon, M.** (2012, mars). La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. DREES, *Études et Résultats*, 791.

> **Kranklader, E., Minodier, C., Fourcade, N.** (2013, juillet). Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé. DREES, *Études et Résultats*, 846.

08 Les salaires dans le secteur hospitalier

En 2015, les salariés du secteur hospitalier perçoivent en moyenne 2 257 euros nets par mois en équivalent temps plein (EQTP). Les salaires en EQTP sont plus élevés dans le secteur public que dans le secteur privé (2 305 euros en moyenne dans les hôpitaux publics, contre 2 098 euros dans les cliniques privées), à l'exception des professions médicales. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés et qu'ils augmentent le plus avec l'âge.

Un salaire net moyen plus élevé dans les hôpitaux publics

En 2015, le salaire net mensuel d'un équivalent temps plein s'élève en moyenne à 2 305 euros dans le secteur public et 2 098 euros dans le secteur privé (*tableau 1*). Entre 2014 et 2015, il a augmenté en moyenne de 0,9 % en euros courants dans les hôpitaux, plus rapidement dans le public (+1,0 %) que dans le privé (+0,7 %). La répartition par âge et par structure de qualification des personnels de chacun de ces secteurs explique à la fois le niveau de rémunération nette moyenne observée et son évolution. De fait, le personnel médical, dont le salaire est en moyenne plus élevé, représente une part plus importante des effectifs des hôpitaux publics (7,9 %) que des cliniques privées (4,7 %). Par ailleurs, les changements dans les structures de professions et catégories socio-professionnelles (PCS) entre 2014 et 2015 tendent à accentuer l'évolution du salaire net dans les cliniques privées (+0,3 %) alors qu'ils n'ont presque aucun effet sur celle des hôpitaux publics (+0,03 %).

Les personnels médicaux (médecins, odontologistes et pharmaciens) perçoivent un salaire net mensuel moyen en équivalent temps plein (EQTP) de 5 508 euros : 5 428 euros dans les hôpitaux publics et 5 962 euros dans les cliniques privées. Toutefois, les comparaisons de salaires moyens des médecins entre les différents secteurs se révèlent délicates en raison de la spécificité des modes de rémunération. En effet, dans les cliniques privées, les personnels médicaux exercent le plus souvent en tant que libéraux et ils sont moins fréquemment salariés.

Dans toutes les filières non médicales, les personnels des cliniques privées perçoivent des salaires mensuels nets moyens en EQTP moins élevés que leurs homologues du secteur public. Cette différence est plus marquée en moyenne pour les personnels soignants (1 886 euros dans les cliniques privées, contre 2 070 euros dans les hôpitaux publics) et les personnels médico-techniques (respectivement 2 059 euros et 2 271 euros). Pour les personnels administratifs, socio-éducatifs et médico-techniques, cette différence entre les deux secteurs s'observe pour tous les niveaux hiérarchiques. En revanche, certaines professions soignantes, comme les rééducateurs et psychologues, ou encore les ingénieurs et cadres techniques, perçoivent des salaires plus élevés dans les cliniques privées.

En 2015, la dispersion des salaires estimée par le rapport interdécile – c'est-à-dire le rapport entre le salaire mensuel net 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 – est de 2,2 dans l'ensemble du secteur hospitalier (*tableau 2*). Elle est stable par rapport au niveau de 2014. Dans les hôpitaux publics comme dans les cliniques privées, c'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés. Le rapport interdécile pour les cadres de gestion et de direction est de 3,6 pour les salariés des hôpitaux publics et de 3,5 pour ceux des cliniques privées. Pour les aides-soignants et agents des services hospitaliers, il est respectivement de 1,5 et 1,6 dans les deux secteurs. 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 2015, un médecin du secteur hospitalier perçoit, en début de carrière, un salaire mensuel net compris

en moyenne entre 3 138 euros s'il est âgé de moins de 30 ans et 4 295 euros s'il a entre 30 et 39 ans (*tableau 3*). Entre 50 et 59 ans, il perçoit en moyenne 5 539 euros par mois. Cette progression avec l'âge est beaucoup moins prononcée pour le personnel des filières non médicales : les salariés de moins de 30 ans perçoivent en moyenne un salaire net mensuel en EQTP de 1 680 euros et les salariés entre 50 et 59 ans, de 2 231 euros.

Le salaire moyen des femmes est inférieur de 21 % à celui des hommes dans les hôpitaux publics et de 24 % dans les cliniques privées. Cet écart de rémunération entre femmes et hommes s'explique en partie par une différence de moyenne d'âge (41,7 ans pour les femmes et 43,9 ans pour les hommes) et de structure d'emplois : en EQTP, 16,4 % des hommes et 4,4 % des femmes occupent des postes de la filière médicale. Ces dernières travaillent le plus souvent dans la filière soignante (infirmières, sages-femmes, aides-soignantes, etc.), 29,5 % d'entre elles sont infirmières et 35,0 % sont aides-soignantes et agents des services hospitaliers, contre respectivement 16,2 % et 20,3 % des hommes. ■

Tableau 1 Les salaires mensuels nets moyens en équivalent temps plein en 2015 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public		Secteur privé		Ensemble		
	Structure des effectifs en (%)	Salaire 2015 (en euros)	Structure des effectifs en (%)	Salaire 2015 (en euros)	Structure des effectifs en (%)	Salaire 2015 (en euros)	Évolution 2014-2015 (% en euros courants)
Personnels administratifs	**10,4**	**2 003**	**13,7**	**1 973**	**11,2**	**1 995**	**0,6**
Personnels soignants	**63,8**	**2 070**	**71,0**	**1 886**	**65,3**	**2 025**	**0,9**
Sages-femmes	1,2	2 697	1,3	2 496	1,2	2 651	2,9
Personnel d'encadrement du personnel soignant	2,4	3 010	2,1	3 140	2,4	3 037	1,1
Infirmiers	25,6	2 296	30,3	2 124	26,7	2 252	0,5
Aides soignants et agents de service hospitaliers	31,5	1 780	33,3	1 534	31,9	1 722	1,0
Rééducateurs	1,7	2 094	3,1	2 105	2,0	2 098	-0,1
Psychologues	1,2	2 266	1,0	2 296	1,1	2 272	0,3
Personnels éducatifs et sociaux	**1,5**	**1 984**	**2,0**	**1 989**	**1,6**	**1 986**	**-0,2**
Personnels médico-techniques	**4,4**	**2 271**	**3,5**	**2 059**	**4,2**	**2 231**	**-0,4**
Personnels techniques et ouvriers	**10,9**	**1 899**	**4,0**	**1 919**	**9,4**	**1 901**	**1,0**
Personnels médicaux	**7,9**	**5 428**	**4,7**	**5 962**	**7,2**	**5 508**	**1,3**
Contrats aidés	**1,2**	**1 239**	**1,0**	**1 195**	**1,2**	**1 231**	**0,1**
Femmes	**76,9**	**2 171**	**80,8**	**1 977**	**77,8**	**2 124**	**0,0**
Hommes	**23,1**	**2 751**	**19,2**	**2 607**	**22,2**	**2 723**	**0,0**
Ensemble	**100,0**	**2 305**	**100,0**	**2 098**	**100,0**	**2 257**	**0,9**
Ensemble (hors personnel médical)	**92,2**	**2 039**	**95,3**	**1 909**	**92,9**	**2 009**	**0,0**
Ensemble (hors contrats aidés)	**98,8**	**2 318**	**99,0**	**2 107**	**98,8**	**2 270**	**0,0**

Note > La catégorie personnels non ventilés n'est pas présentée dans la structure des effectifs, mais leurs salaires sont pris en compte dans le calcul du salaire moyen.
Champ > Salariés de France métropolitaine et des DROM (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les contrats aidés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.
Sources > Insee, DADS 2014-2015, Siasp 2014-2015, traitements DREES.

Tableau 2 Distribution des salaires nets mensuels en 2015

En euros

	Secteur public	Secteur privé	Ensemble[1]	
Déciles	Salaire 2015	Salaire 2015	Salaire 2015	Évolution 2014-2015 (% en euros courants)
D1	1 471	1 285	1 422	0,9
Médiane	**1 939**	**1 810**	**1 911**	**0,8**
D9	3 257	2 953	3 190	1,0
D9/D1	**2,2**	**2,3**	**2,2**	**-0,003 point**

1. Y compris personnels non ventilés.
Note > Hors internes et externes.
Champ > Salariés de France métropolitaine et des DROM (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > Insee, DADS 2014-2015, Siasp 2014-2015, traitements DREES.

Tableau 3 Structure des emplois et salaires nets mensuels moyens en équivalent temps plein par tranche d'âge pour le personnel médical et non médical en 2015

Tranche d'âge	Personnel médical[1]		Personnel non médical		Ensemble[2]	
	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)
Moins de 30 ans	2,2[3]	3 138	18,4	1 680	17,3	1 693
30 à 39 ans	28,5	4 295	24,9	1 890	25,2	2 083
40 à 49 ans	24,6	5 539	26,8	2 052	26,6	2 281
50 à 59 ans	28,7	6 361	26,0	2 231	26,2	2 552
60 ans ou plus	16,1	6 410	3,9	2 542	4,8	3 470

1. Hors internes et externes.
2. Y compris personnels non ventilés.
3. 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 de France métropolitaine et des DROM (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > Insee, DADS 2015, Siasp 2015, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (excepté Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors stagiaires, internes et externes et y compris contrats aidés. La présente étude porte sur les établissements dont l'activité économique principale relève des activités hospitalières (Code Naf Rev2. 8610Z) ou ayant la catégorie juridique « établissement d'hospitalisation » (7364). Pour le secteur hospitalier, les établissements de la fonction publique hospitalière ayant une activité complémentaire à celles des hôpitaux, comme les activités de blanchisserie, teinturerie de gros (Code Naf Rev2. 9601A) ou les services de restauration (Code Naf Rev2. 5629B), sont également pris en compte.

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) exploite notamment les informations contenues dans cette déclaration sur le champ de 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.). Les salaires sont estimés à partir du Siasp pour les hôpitaux publics et de la DADS – Grand Format pour les cliniques privées.

Il n'est pas encore possible de fournir les salaires des agents des hôpitaux publics pour l'année 2016, car les données disponibles sont encore provisoires et ne permettent pas de produire des résultats, ni par profession ni par tranche d'âge.

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 quotité travaillée. Les salaires de chaque poste 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.

Attention, depuis la précédente édition de cette étude, la ventilation des salariés a été modifiée et correspond désormais à celle des filières d'emploi de la fonction publique hospitalière (FPH) fondée sur la nomenclature des emplois hospitaliers (NEH) :
– personnels de direction et d'administration ;
– personnels soignants : infirmiers, rééducateurs, aides-soignants, agents de services hospitaliers, etc. ;
– personnels éducatifs et sociaux : éducateurs de jeunes enfants, assistants socio-éducatifs, conseillers en économie sociale et familiale, etc. ;
– personnels médico-techniques : techniciens de laboratoires, préparateurs en pharmacie hospitalière, etc. ;
– personnels techniques et ouvriers : ingénieurs et techniciens hospitaliers, ambulanciers, agents d'entretien, etc. ;
– personnels médicaux : médecins (dont les professeurs universitaires-praticiens hospitaliers pour les heures effectuées dans les hôpitaux publics, l'activité d'enseignement et de recherche n'étant pas comptabilisée ici), ainsi que les personnels pharmaceutiques (pharmaciens) et odontologistes (chirurgiens-dentistes).

Pour en savoir plus

> **Berger, E., Dennevault, C.** (2018, janvier). Les salaires dans la fonction publique hospitalière. Insee, *Insee Première*, 1684.

> **Ministère de l'Action et des Comptes publics** (2017). Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2017, disponible sur le site internet de la fonction publique.

09 Les établissements de santé dans les départements et régions d'outre-mer : activité et capacités

En France, l'organisation sanitaire des cinq départements et régions 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. À l'opposé, en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, les capacités d'accueil, rapportées à la population, sont nettement moins élevées et moins variées.

Les départements et régions d'outre-mer (DROM) 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 2016, la population des DROM représente 3,2 % de la population française, soit 2,2 millions de personnes. La Guyane, Mayotte et la Corse sont 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. Mayotte se distingue particulièrement des quatre autres départements et régions d'outre-mer par une capacité très réduite en hospitalisation. Ce département est doté d'un seul centre hospitalier, situé à Mamoudzou. Un hôpital actuellement en construction à Petite-Terre complétera l'offre de soins du centre hospitalier de Mayotte, notamment en moyen séjour, et devrait contribuer à rééquilibrer les infrastructures sanitaires sur le territoire à l'horizon 2019.

En nombre de lits pour 10 000 habitants, la Guadeloupe et la Martinique sont les DROM qui se rapprochent le plus de la Métropole, tandis que la Guyane, La Réunion et surtout Mayotte ont des taux d'équipement plus faibles (*tableaux 2 et 3*). Les écarts sont particulièrement marqués pour les soins de suite et de réadaptation (SSR, moyen séjour) : la Guadeloupe et la Martinique disposent respectivement de 17 et 14 lits pour 10 000 habitants (16 en France métropolitaine), contre 5 pour la Guyane, 9 pour La Réunion et 0 pour Mayotte.

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

L'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) en hospitalisation complète, rapportée à la population, est plus faible dans les DROM qu'en France métropolitaine. Le taux d'hospitalisation varie de 9,7 à 14,3 séjours pour 100 habitants dans les DROM, alors qu'il est en moyenne de 15,7 séjours pour 100 habitants en Métropole (*tableau 4*). En 2016, la durée moyenne de séjour en Martinique et en Guyane est légèrement plus élevée que la moyenne métropolitaine (respectivement 6,0 et 6,5 jours, contre 5,6 jours), en revanche elle s'avère plus courte à La Réunion (5,0 jours).

Rapportée à la population, l'hospitalisation partielle en MCO atteint en Guadeloupe des taux proches de ceux de la Métropole, mais elle est beaucoup moins développée en Guyane et à Mayotte, en raison d'une capacité d'accueil deux fois plus faible. La part de l'hospitalisation partielle (nombre de journées en hospitalisation partielle rapporté à la somme des séjours en hospitalisation complète et des journées en hospitalisation partielle) avoisine ainsi les 20 % en Guyane et à Mayotte, alors qu'elle est de 45 % en Guadeloupe, 37 % en Martinique et 36 % à La Réunion, parts comparables à celle de la Métropole (42 %).

Psychiatrie

La prise en charge de la santé mentale dans les DROM repose presque exclusivement sur une offre portée par les hôpitaux publics. Dans tous les DROM, l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est bien plus faible qu'en Métropole. La Réunion est le département où cette activité est la plus développée : 4,5 journées pour 100 habitants, devant la Guadeloupe (4,1 journées), dont le nombre de places

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé par catégorie d'établissement en 2016

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Établissements publics[1]	**10**	**14**	**2**	**10**	**1**	**1 339**
CHR/CHU	1	5	0	6	0	166
CH, dont anciens hôpitaux locaux	8	8	2	3	1	933
CHS	1	1	0	1	0	94
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	146
Établissements privés à but non lucratif	**0**	**1**	**1**	**3**	**0**	**681**
CLCC[2]	0	0	0	0	0	21
Autres établissements privés à but non lucratif	0	1	1	3	0	660
Établissements privés à but lucratif	**12**	**4**	**2**	**18**	**0**	**967**
Établissements de SSR	4	1	0	10	0	334
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	8	3	2	6	0	482
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	2	0	143
Établissements de SLD	0	0	0	0	0	6
Autres établissements privés à but lucratif	0	0	0	0	0	2
Total	**22**	**19**	**5**	**31**	**1**	**2 987**

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SLD : soins de longue durée.
1. Le nombre d'entités indiqué pour le secteur public comptabilise désormais toutes les entités géographiques (et non plus uniquement les entités juridiques comme c'était le cas avant 2012). Pour une entité juridique multisite comme l'AP-HP, on compte autant d'entités que de sites.
2. En 2016, les trois sites de l'institut de cancérologie de l'Ouest et les deux sites de l'Institut Curie sont comptés chacun comme un établissement.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA. Les données sur la Guadeloupe incluent les deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Sont comptabilisés les établissements d'hospitalisation disposant au 31 décembre 2016 d'au moins un lit (ou une place) à temps complet ou partiel, y compris les anciens hôpitaux locaux. Ne sont pas comptabilisés les centres de dialyse et de radiothérapie.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2016

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	1 206	1 107	670	2 148	352	204 520
	Psychiatrie	296	300	106	417	10	56 206
	SSR	730	515	121	786	0	103 362
	SLD	165	142	30	95	0	30 964
Places	MCO	174	163	50	289	49	31 744
	Psychiatrie	209	103	50	259	0	29 036
	SSR	124	51	60	338	0	11 947
Population en 2016 (en milliers)		**440**	**377**	**263**	**851**	**235**	**64 605**

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

pour 10 000 habitants est pourtant un peu plus élevé que dans les autres DROM. À Mayotte, aucune place n'est disponible dans ce secteur.

En hospitalisation complète de psychiatrie, La Réunion enregistre un nombre de lits rapporté à la population inférieur à celui des Antilles et de la Métropole, alors que le nombre de séjours est proche de celui des Antilles. De fait, la durée moyenne de séjour est notablement plus élevée en Martinique (52 jours) qu'à La Réunion (30 jours), où la durée de séjours se rapproche de celle de la Métropole (29 jours). À Mayotte, les capacités et l'activité en hospitalisation complète de psychiatrie sont très réduites : 0,4 lit pour 10 000 habitants, 0,1 séjour pour 100 habitants et une durée moyenne de séjour de 14 jours.

Soins de suite et de réadaptation

En hospitalisation complète en moyen séjour (SSR), le nombre de séjours rapporté à la population est proche en Martinique de celui enregistré en Métropole, et le dépasse même en Guadeloupe. Le recours à l'hospitalisation partielle de moyen séjour est supérieur à la moyenne métropolitaine en Guadeloupe et à La Réunion, et moindre en Martinique.

En Guyane, l'activité de moyen séjour reste très peu développée, notamment en raison de l'organisation particulière du territoire et de la jeunesse de la population : le moyen séjour concerne en effet majoritairement des personnes âgées, l'âge médian des patients étant par exemple de 71 ans en Métropole.

L'activité de soins de longue durée est nettement moins développée dans les DROM qu'en Métropole, du fait notamment de la plus faible proportion de personnes âgées dans ces territoires. Mayotte se distingue à nouveau, puisque aucune capacité d'accueil en moyen séjour et long séjour n'est présente dans ce département. ■

Tableau 3 Nombre de lits et de places installés pour 10 000 habitants au 31 décembre 2016

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	27	29	26	25	15	32
	Psychiatrie	7	8	4	5	0	9
	SSR	17	14	5	9	0	16
	SLD	4	4	1	1	0	5
Places	MCO	4	4	2	3	2	5
	Psychiatrie	5	3	2	3	0	4
	SSR	3	1	2	4	0	2

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Tableau 4 Activité des établissements de santé, taux pour 100 habitants en 2016

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Séjours d'hospitalisation complète	MCO	12,6	13,0	12,1	14,3	9,7	15,7
	Psychiatrie	0,7	0,5	0,3	0,6	0,1	0,9
	SSR[1]	2,1	1,4	0,1	0,8	0,0	1,6
Venues en hospitalisation partielle	MCO	10,2	7,7	3,1	8,0	2,6	11,4
	Psychiatrie	4,1	2,5	2,0	4,5	0,0	7,7
	SSR	8,6	3,5	0,4	12,5	0,0	5,8

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
1. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Note > L'activité comptabilisée est celle des établissements situés sur ces aires. Les hospitalisations des habitants des DROM effectuées en Métropole apparaissent dans la colonne France métropolitaine.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016 et PMSI-SSR 2016, traitements DREES ; DREES, SAE 2016, traitements DREES, pour la psychiatrie ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les données sur la Guadeloupe incluent les deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Les capacités d'accueil et l'activité concernent l'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2016.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées 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.

Définitions

> **Établissements de santé** : voir fiche 1, « Les grandes catégories d'établissements de santé ».

> **Lits, places, hospitalisation complète, hospitalisation partielle** : voir fiche 2, « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».

> **Durée moyenne de séjour** : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre de séjours observé pour l'hospitalisation de plus de un jour (appelée ici hospitalisation complète).

> **Statuts juridiques des établissements** : les établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

Pour en savoir plus

> **Cour des comptes** (2014). *La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République.* Rapport disponible sur le site de la Cour des comptes : www.ccomptes.fr, rubrique « Publications ».

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

10 Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités

En douze ans, le nombre de lits en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) a diminué de près de 24 000. Dans le même temps, sous l'impulsion du virage ambulatoire, les capacités d'hospitalisation à temps partiel se sont développées (près de 14 000 places supplémentaires). Entre 2015 et 2016, l'activité d'hospitalisation complète évolue peu, tandis que l'hospitalisation partielle continue d'augmenter significativement. Les durées moyennes de séjour sont en légère baisse.

Entre 2004 et 2016, le nombre de lits dédiés aux activités de MCO en court séjour a diminué de près de 24 000, pour atteindre 210 000 lits en 2016. Cette diminution des capacités en hospitalisation complète s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -7 % pour les établissements publics, contre -16 % pour les cliniques privées à but lucratif et -13 % pour les établissements privés à but non lucratif. Cependant, ces écarts d'évolution ont une incidence réduite sur la répartition globale des lits entre les différents secteurs : en 2016, les établissements publics concentrent 68 % du total des lits en MCO, contre 66 % en 2004.

32 000 places d'hospitalisation partielle en MCO en 2016

Le développement de l'hospitalisation partielle s'avère particulièrement important en MCO. En 2016, un peu plus de 32 000 places sont dédiées à ce mode de prise en charge, contre 19 000 en 2004. Un tiers d'entre elles sont des places de chirurgie ambulatoire ou d'anesthésie dans les établissements privés à but lucratif et un peu moins d'un tiers sont des places de médecine dans les hôpitaux publics (*tableau 1*).

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

Parallèlement aux capacités, la prise en charge en hospitalisation partielle (sans nuitée), mesurée en nombre de séjours, est très dynamique depuis une dizaine d'années et a augmenté de 18,4 % tous secteurs confondus entre 2008 et 2015, sous l'impulsion du virage ambulatoire en chirurgie. En 2016, l'hospitalisation partielle en court séjour continue de progresser (+5,9 %), pour atteindre 7,5 millions de séjours en 2016 (*tableau 2*).

L'essor de la chirurgie ambulatoire (+7,2 % en 2016) est sensible dans tous les secteurs. En 2016, les trois quarts des séjours de chirurgie ambulatoire sont réalisés dans les cliniques privées. De fait, sur longue période, la progression de l'hospitalisation partielle est davantage le fait des cliniques privées. L'hospitalisation partielle des hôpitaux publics progresse moins vite en 2016 (+5,2 %) que celle des établissements privés, à but lucratif ou non (respectivement +8,7 % et +6,0 %).

Dans une moindre mesure, pour l'année 2016, les prises en charge ambulatoires ont aussi été plus nombreuses en médecine : les séjours en hospitalisation partielle y ont augmenté de 5,6 %, contre 2,1 % pour les séjours en hospitalisation complète. La médecine reste l'activité principale des établissements publics : 70,5 % de l'ensemble de leurs séjours (en hospitalisation partielle et complète) relèvent de cette discipline (*graphique 1*).

Stabilité du nombre de séjours en hospitalisation complète en MCO

La prise en charge en hospitalisation complète (comprenant au moins une nuitée) est quasi stable en 2016 (+0,4 %, après -0,5 % en 2015), contrairement à l'hospitalisation partielle. Elle s'établit à 10,4 millions de séjours. Cette stabilité résulte de deux mouvements opposés : le nombre de séjours continue de progresser dans les établissements publics et privés à but non lucratif (respectivement +1,1 % et +1,0 %), ce qui compense la baisse (-1,9 %) observée dans les établissements privés à but lucratif (*tableau 2*).

Dans tous les établissements, la diminution du nombre de séjours de chirurgie en hospitalisation complète se poursuit en 2016. Elle reste particulièrement marquée

Tableau 1 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2016 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	98 887	9 920	10 125	1 607	14 361	1 649	123 373	13 176
Chirurgie	31 546	5 269	5 898	1 634	30 188	11 050	67 632	17 953
Gynéco-obstétrique	13 093	1 067	1 279	84	4 606	189	18 978	1 340
Total	**143 526**	**16 256**	**17 302**	**3 325**	**49 155**	**12 888**	**209 983**	**32 469**

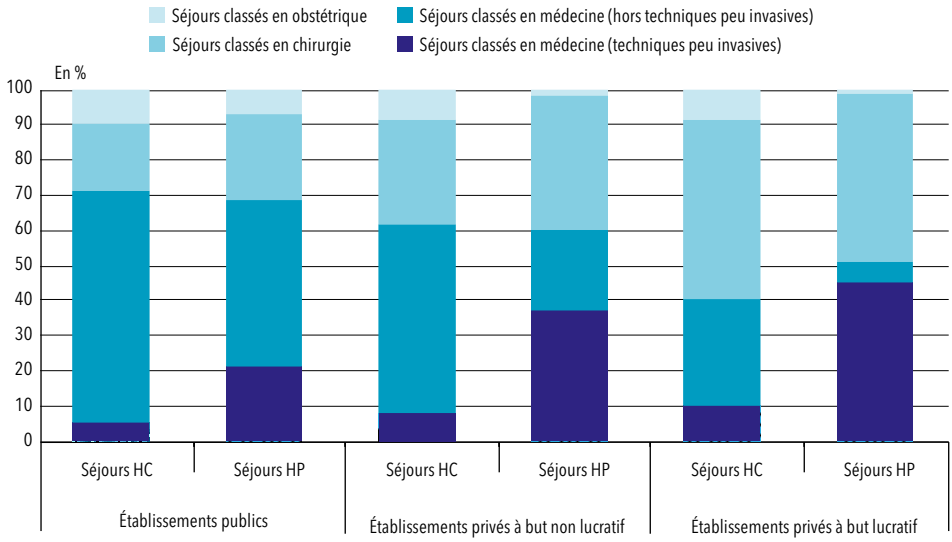
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de séjours en 2016 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	
	2016 (en milliers)	Évolution 2015-2016 (en %)	2016 (en milliers)	Évolution 2015-2016 (en %)	2016 (en milliers)	Évolution 2015-2016 (en %)	2016 (en milliers)	Évolution 2015-2016 (en %)
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	5 050	2,2	520	2,6	1 000	1,7	6 570	2,1
dont séjours de techniques peu invasives	391	4,9	70	3,9	258	4,3	718	4,6
Séjours classés en chirurgie	1 339	-1,5	250	-1,8	1 271	-4,0	2 861	-2,7
Séjours classés en obstétrique	681	-1,0	75	-0,6	208	-5,2	964	-1,9
Total	**7 070**	**1,1**	**845**	**1,0**	**2 480**	**-1,9**	**10 395**	**0,4**
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	2 137	4,4	392	9,6	1 910	6,2	4 439	5,6
dont séjours de techniques peu invasives	667	8,6	244	9,6	1 689	6,1	2 600	7,1
Séjours classés en chirurgie	771	9,1	248	8,0	1 790	6,3	2 809	7,2
Séjours classés en obstétrique	217	0,0	13	-4,6	42	-6,5	272	-1,3
Total	**3 124**	**5,2**	**653**	**8,7**	**3 743**	**6,0**	**7 520**	**5,9**

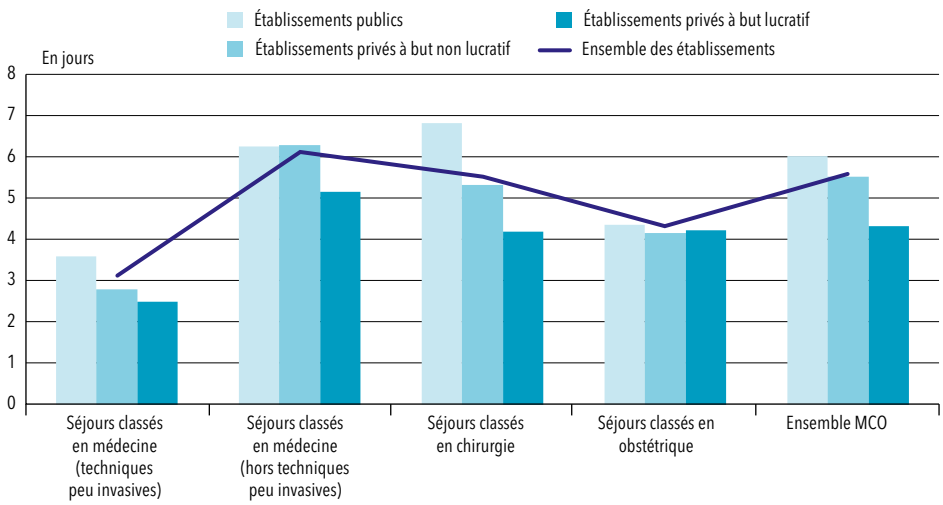
Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique) se fait dorénavant à partir des CAS (catégories d'activités de soins, établies sur le 3e caractère du GHM) depuis les données 2012. Concernant les séjours de chirurgie, ils sont repérés avec un acte classant opératoire. La médecine regroupe, en plus des séjours sans acte classant, les techniques peu invasives.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2015-2016, traitements DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours en MCO selon le statut de l'établissement en 2016



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO selon le statut de l'établissement en 2016



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

pour le secteur privé à but lucratif (-4,0 %, contre -1,5 % dans les établissements publics), si bien que les hospitalisations chirurgicales à temps complet sont plus nombreuses dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées pour la deuxième année consécutive.

En médecine, l'hospitalisation complète continue d'augmenter (+2,1 % en 2016, après +1,0 % en 2015 et 2014). Cette hausse est portée par les établissements publics (+2,2 %), qui prennent en charge les trois quarts de ces séjours, et par les établissements privés à but non lucratif (+2,6 %).

Légère baisse de la durée moyenne de séjour

En 2016, la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est de 5,6 jours, en légère baisse par rapport à 2015 (5,7 jours) [*graphique 2*]. Cette diminution concerne tous les secteurs et toutes les disciplines hospitalières. C'est dans les hôpitaux publics que la DMS est la plus longue (6,0 jours) et dans les cliniques privées à but lucratif qu'elle est la plus courte (4,3 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, eux, une position intermédiaire (5,5 jours). Ces différences peuvent s'expliquer, en partie, par la diversité de la patientèle et des prises en charge. Les écarts sont notables en chirurgie (DMS de 6,8 jours dans le secteur public, contre 4,2 jours dans les établissements privés à but lucratif). En obstétrique, en revanche, les différences sont moins marquées : 4,4 jours dans le secteur public contre 4,1 jours dans le privé à but non lucratif. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2016 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et 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.

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. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit les capacités en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle.

Définitions

> **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont connues *via* la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et réparties en fonction des caractéristiques de l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent (voir fiche 2, « Les capacités d'accueil à l'hôpital »).

> **Classement des séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie** : il se fonde, dans cette fiche et les cinq suivantes, sur le 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 est classé en obstétrique ; l'affectation se fait 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 est qualifié de médical.

> **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins de un jour** : dans cette fiche, un séjour d'une durée inférieure à un jour (c'est-à-dire sans nuitée) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie 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 (c'est-à-dire comprenant au moins une nuitée) est classé en hospitalisation de plus de un jour, également dénommée hospitalisation complète (voir annexe 2, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »).

> **Durée moyenne de séjour** : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre de séjours observés pour l'hospitalisation de plus de un jour.

11 Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle

Les enfants de moins de 1 an, les femmes en âge de procréer et surtout les personnes de plus de 65 ans sont les plus touchés par des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). 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 affectés par des hospitalisations plus fréquentes (*graphique 1*). En 2016, 396 200 séjours en MCO correspondent à des hospitalisations de nourrissons, soit 2,2 % des séjours à temps complet et partiel, alors qu'ils ne représentent que 1,1 % 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. Mais c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement : 39 % des séjours en MCO concernent des personnes de 65 ans ou plus. Par ailleurs, les taux d'hospitalisation des hommes en MCO sont plus élevés que ceux des femmes avant 15 ans et à partir de 55 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 2016, le nombre de patients hospitalisés en MCO en France métropolitaine et dans les DROM a ainsi été évalué à 11,5 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 6,4 millions de femmes et 5,1 millions d'hommes. Ainsi, 17 % de la population française connaissent une hospitalisation en MCO au moins une fois dans l'année, les 83 % restants n'étant pas hospitalisés ou hospitalisés ailleurs qu'en MCO. Un patient est hospitalisé en moyenne 1,5 fois au cours de l'année. Si la majorité des patients (71 %) ne sont hospitalisés qu'une seule fois, 18 % l'ont été deux fois et 11 % trois fois ou plus.

Les recours multiples à l'hôpital ne touchent pas toutes les classes d'âge de manière uniforme. Ainsi, avant 30 ans, le nombre moyen d'hospitalisations dans l'année, pour les personnes ayant été hospitalisées au moins une fois, s'établit autour de 1,3 (*graphique 2*). À l'opposé, au-delà de 70 ans, ce chiffre s'élève à 1,8 hospitalisation en moyenne.

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

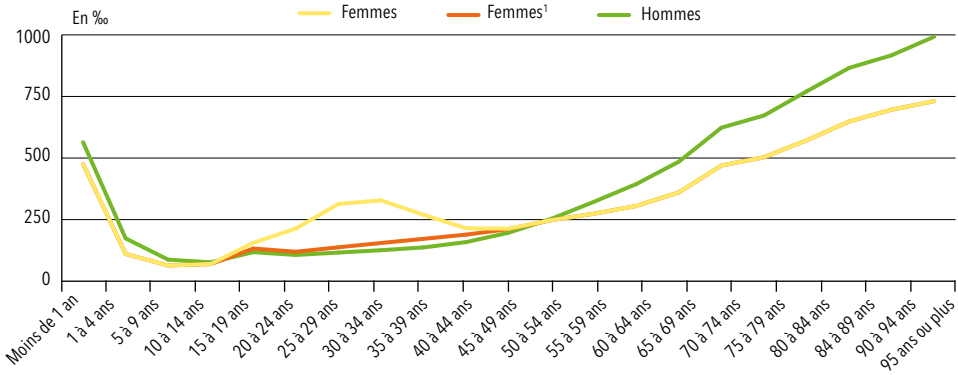
Parmi les plus de 3 millions d'hospitalisations réalisées en Île-de-France en 2016, 7,7 % concernent des personnes originaires d'autres régions, essentiellement limitrophes. Ainsi, 1,8 % vient des Hauts-de-France (58 000 patients), 1,6 % de la région Centre - Val de Loire (50 000 patients) et 0,9 % de Normandie (28 000 patients). Cela s'explique notamment par la forte attractivité de Paris et du Val-d'Oise pour les habitants de l'Oise, ou encore du département des Yvelines pour les habitants d'Eure-et-Loir et de l'Eure. De la même manière, 6,7 % des personnes hospitalisées dans les Pays de la Loire (66 000 patients) ne résident pas dans cette région. Les établissements de la Sarthe s'avèrent en effet particulièrement attractifs pour les habitants de l'Orne et de l'Eure-et-Loir, et ceux du Maine-et-Loire pour les habitants des Deux-Sèvres.

Nourrissons et personnes âgées sont principalement pris en charge par les hôpitaux publics

La prise en charge médicale des gastroentérites et des affections du tube digestif constitue un exemple 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 reçus par les hôpitaux publics (*graphique 3*). La part de ces établissements diminue progressivement ensuite et s'établit aux alentours de 56 %

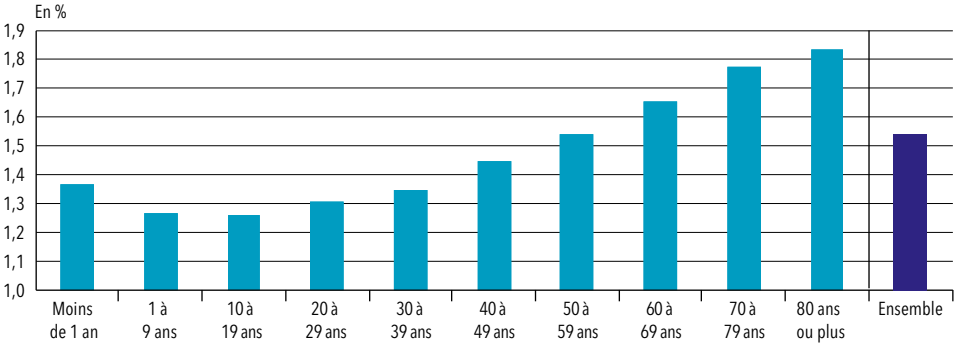
pour les patients âgés de 25 à 84 ans. Pour cette même tranche d'âge, les cliniques privées à but lucratif accueillent environ un tiers des patients. Au-delà de 84 ans, la part des hôpitaux publics dans l'accueil des patients atteints de cette pathologie augmente de nouveau. Cette répartition, caractéristique de la spécialisation des établissements par type de patientèle, se confirme en analysant l'ensemble des recours à l'hôpital par groupe d'âges : aux deux périodes extrêmes de la vie, les séjours pour soins aigus sont surtout réalisés dans le secteur public. Toutes pathologies confondues, la part des enfants de moins de 5 ans pris en charge par le secteur public s'élève à 78 % (87 % pour les moins de 1 an) et celle des personnes âgées de 85 ans ou plus à 71 %. ■

Graphique 1 Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée (MCO) des établissements de santé en 2016



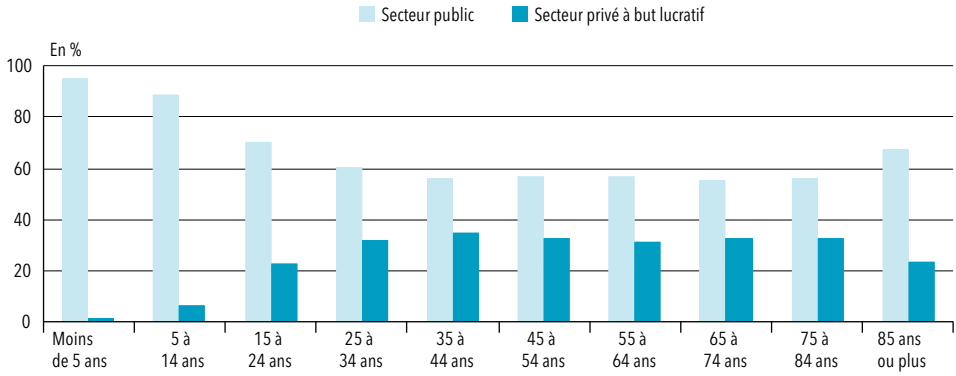
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
1. Sont exclues les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10e révision).
Note > Le taux d'hospitalisation correspond au nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants, comprenant les hospitalisations de jour (sauf les séances) et les hospitalisations complètes (au moins une nuitée).
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES ; Insee, estimations localisées de population au 1er janvier 2016.

Graphique 2 Nombre moyen d'hospitalisations des personnes hospitalisées en 2016, par classe d'âge



Note > Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère sont exclus.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

Graphique 3 Prise en charge des gastroentérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2016, dans les secteurs public et privé à but lucratif



Lecture > 95,3 % des gastroentérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge par le secteur public, contre 1,5 % par le secteur privé à but lucratif.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2016 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et 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.

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.

Définitions

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

12 Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : principaux motifs de recours

En 2016, les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients, tous âges et tous sexes confondus, hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en France, sont les maladies de l'appareil digestif, suivies par les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire.

Avant 15 ans, prépondérance des recours pour maladies de l'appareil respiratoire et affections périnatales

Avant 15 ans, les motifs de recours les plus fréquents, tous sexes confondus, sont les maladies de l'appareil respiratoire (17 %) [*graphique 1*]. Viennent ensuite les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (10 %), les lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (9 %), les maladies de l'appareil digestif (8 %), les séjours pour symptômes ou résultats anormaux d'examens non classés ailleurs (8 %) et ceux pour maladies de l'appareil génito-urinaire (8 %).

La hiérarchie des motifs diffère selon le sexe. Pour les filles, les motifs les plus fréquents, après les maladies respiratoires et périnatales, sont les maladies de l'appareil digestif (9 %), les séjours pour symptômes ou résultats anormaux d'examens (9 %) et les recours pour lésions traumatiques ou de causes externes (8 %).

Pour les jeunes garçons, la deuxième cause de recours est liée à l'appareil génito-urinaire (11 %), avant les affections périnatales (10 %), les traumatismes (9 %) et les maladies de l'appareil digestif (8 %).

Entre 15 et 44 ans, les motifs de recours les plus fréquents sont liés à la maternité et aux maladies de l'appareil digestif

Dans la classe d'âge des 15-44 ans, les motifs de recours les plus fréquents sont liés à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (26 %, pour l'ensemble de la classe d'âge, en raison du poids élevé de ces recours dans la population féminine) et aux maladies de l'appareil digestif (16 %). Suivent les lésions dues aux traumatismes et autres causes externes (7 %), puis les séjours pour surveillance, prévention ou autres facteurs influant sur l'état de santé (7 %) et ceux pour maladies de l'appareil génito-urinaire (7 %).

Pour les femmes, les séjours liés à la maternité représentent 39 % des hospitalisations en MCO, devant les pathologies digestives (13 %) et les maladies de l'appareil génito-urinaire (7 %).

Pour les hommes, les motifs de recours les plus fréquents sont les maladies de l'appareil digestif (22 %), suivies par les traumatismes (15 %) et les maladies du système ostéo-articulaire (10 %).

Entre 45 et 74 ans, prédominance des séjours liés aux tumeurs, aux maladies de l'appareil digestif et de l'appareil circulatoire

Entre 45 et 74 ans, les recours les plus fréquents, tous sexes confondus, sont liés aux tumeurs (16 %) et aux maladies de l'appareil digestif (15 %), puis à celles de l'appareil circulatoire (10 %), du système ostéo-articulaire (9 %) et aux bilans de symptômes ou examens anormaux (7 %).

Pour les femmes de cette classe d'âge, les motifs d'hospitalisation en court séjour les plus fréquents sont les pathologies digestives (15 %) et tumorales (15 %), suivies par les maladies du système ostéo-articulaire (11 %). Viennent ensuite les séjours pour affections de l'œil et de ses annexes (8 %), pour surveillance, prévention ou autres motifs (8 %) et pour maladies de l'appareil circulatoire (7 %).

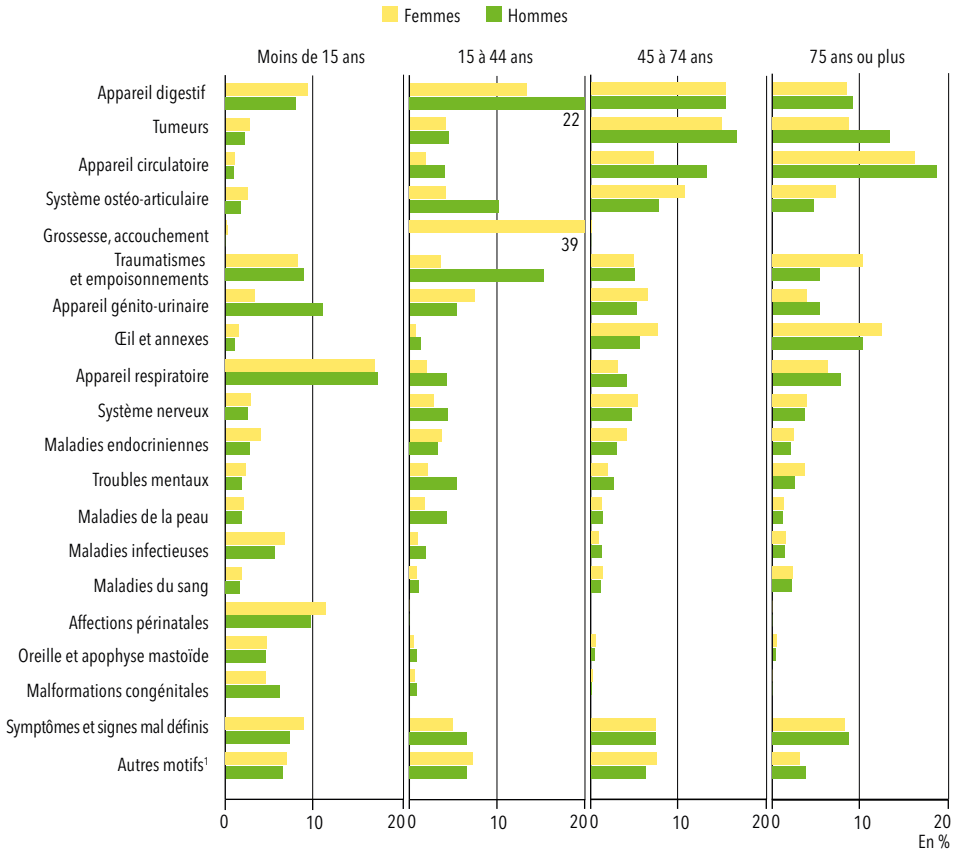
Pour les hommes, les tumeurs sont le premier motif de recours (17 %), suivies par les maladies de l'appareil digestif (15 %), de l'appareil circulatoire (13 %), du système ostéo-articulaire (8 %) et les bilans pour symptômes ou résultats anormaux d'examens (7 %).

À partir de 75 ans, les premiers motifs de recours sont les maladies de l'appareil circulatoire

Chez les plus âgés, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital (17 %). Les maladies de l'œil et de ses annexes représentent le deuxième motif de recours à l'hospitalisation (11 %), juste devant les tumeurs (11 %). Elles sont suivies par les recours pour maladies de l'appareil digestif (9 %) et ceux pour symptômes ou anomalies d'examen (8 %).

Pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont la cause de 16 % des recours et celles de l'œil, de 12 %. Les lésions traumatiques,

Graphique 1 Répartition des séjours annuels dans les services de soins de courte durée (MCO) selon la pathologie traitée, l'âge et le sexe du patient en 2016



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

1. Motifs de recours autres que les maladies ou traumatismes tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.

Notes > Les séjours comprennent les hospitalisations avec ou sans nuitée, sauf les traitements itératifs en séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.). La pathologie traitée est identifiée par le diagnostic principal (ou diagnostic relié pour le chapitre XXI) : regroupement selon les chapitres de la classification internationale des maladies de l'OMS, 10e révision (CIM-10). Les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquence (les deux sexes et tous âges réunis), sauf pour les « symptômes, signes et états morbides mal définis », ainsi que les « autres motifs ».

Champ > Établissements de santé publics et privés, y compris le SSA ; patients résidant en France métropolitaine ou dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

Source > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

empoisonnements ou autres conséquences de causes externes sont le troisième motif de recours (10 %), plus nombreux, à ces âges, que les recours pour tumeurs (9 %) ou maladies de l'appareil digestif (8 %).

Pour les hommes, les causes de recours les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (19 %), puis les tumeurs (13 %), les motifs ophtalmologiques (10 %), digestifs (9 %) et les recours pour symptômes ou anomalies d'examen (9 %). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ
Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé, y compris le service de santé des armées (SSA), ayant fonctionné en 2016 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors séances et séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère (ne nécessitant pas de soins médicaux).

Source
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.

Méthodologie
Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal retenu dans chaque séjour hospitalier ou, lorsque le diagnostic principal relève du chapitre XXI de la CIM-10 (« Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé »), à partir du diagnostic relié, s'il est renseigné. 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 regroupant selon leur siège anatomique ou leur unité fonctionnelle (maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'œil et de ses annexes, etc.), soit dans des agrégats étiologiques (tumeurs, certaines maladies infectieuses et parasitaires). Le champ de l'ORL se trouve, par exemple, réparti entre les chapitres « Tumeurs », « Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde » et « Maladies de l'appareil respiratoire ». Par ailleurs, les symptômes et signes n'aboutissant pas à un diagnostic précis sont regroupés dans un chapitre intitulé « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ».

Définition
Diagnostic principal : il 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 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10e révision (CIM-10).

Pour en savoir plus

> Données sur la morbidité hospitalière disponibles sur le site data.dress, www.data.Drees.sante.gouv.fr, rubrique « État de santé et morbidité ».

> **Mouquet, M.-C.** (2015, août). Hospitalisation de court séjour : quels motifs de recours en 2013 ? DREES, *Études et Résultats*, 928.

> **Mouquet, M.-C., Oberlin, P.** (2013, novembre). L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008. Résultats détaillés. DREES, *Document de travail*, série Études et Recherche, 128.

> **Peretti (de), C.** (2017, mai). Principales causes de décès et de morbidité. Taux d'hospitalisation en court séjour et principaux motifs de recours. *L'État de santé de la population en France*. DREES – Santé publique France.

13 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 reste ainsi prédominante dans les établissements publics, où elle représente 71 % des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) en 2016, contre 61 % dans les établissements privés à but non lucratif et 47 % 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 2016, les deux tiers des séjours médicaux sont réalisés dans le secteur public

La part du secteur public est majoritaire dans l'activité de médecine prise dans son ensemble (65 %), comme pour quasiment tous les domaines d'activité (*graphique 1*). Le rôle du secteur public est d'ailleurs presque exclusif pour des 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 domaine dans lequel le poids du secteur public est le plus faible est celui des pathologies de l'appareil digestif, en raison de la part prépondérante des endoscopies, réalisées en majorité dans les cliniques privées à but lucratif (*tableau 1*). La part de l'ambulatoire (séjours de moins de un jour) dans l'activité médicale des établissements publics n'est que de 30 % compte tenu de la complexité des cas traités.

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

Un quart des séjours médicaux ont lieu dans les cliniques privées à but lucratif (26 %). Celles-ci prennent en charge 71 % des endoscopies digestives, 46 % des endoscopies génito-urinaires, 49 % des endoscopies bronchiques et 50 % des endoscopies oto-rhino-laryngologiques (ORL). En définitive, environ 1,2 million d'endoscopies sont réalisées dans les cliniques privées, ce qui représente 43 % 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 (39,5 %, ce qui représente 7 % de leur activité médicale). Lorsqu'ils sont interventionnels, et donc à visée thérapeutique, ils consistent souvent à mettre en place des endoprothèses vasculaires, c'est-à-dire des stents placés dans les coronaires et les autres vaisseaux.

Ces endoscopies et cathétérismes vasculaires sont souvent réalisés en ambulatoire, d'où la part importante (66 %) des séjours médicaux de moins de un jour dans les cliniques privées à but lucratif. Cette proportion est plus de deux fois supérieure à celle du secteur public.

Pour chaque domaine d'activité, 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 fiche 11, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle »).

L'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement du cancer

Seuls 8 % de l'activité médicale relèvent du secteur privé à but non lucratif, qui comprend notamment les centres de lutte contre le cancer (CLCC). 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 osseuse, dont ils assurent 18 % des prises en charge – et les

chimiothérapies et radiothérapies 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 s'élève à 43 %.

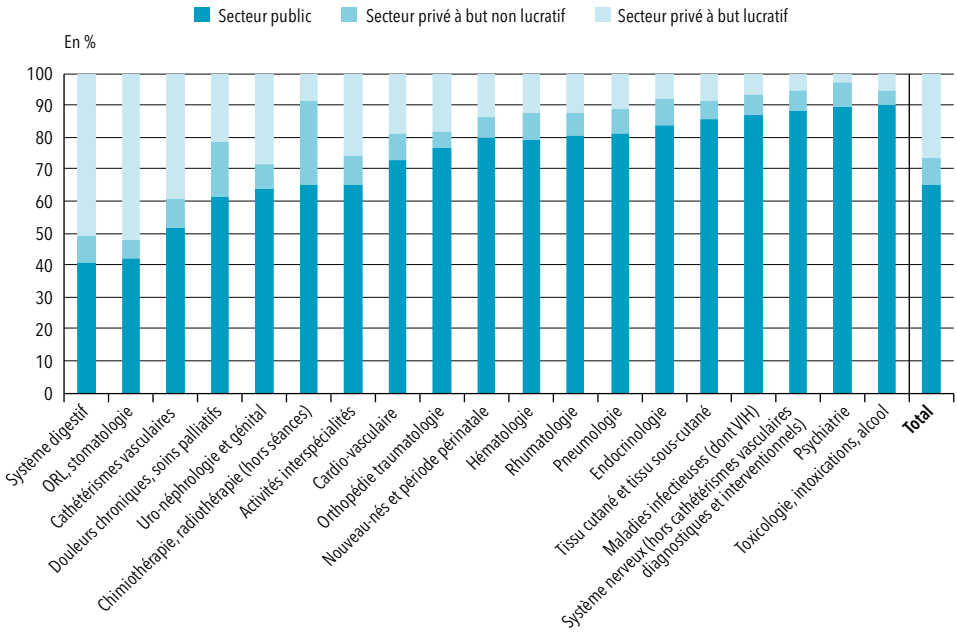
Les parts de prise en charge par secteur sont globalement stables, malgré des évolutions des volumes d'activité

Hospitalisations complètes et partielles confondues, le nombre de séjours de médecine augmente de 3,5 % en 2016 (*tableau 1*). Les évolutions restent cependant contrastées suivant les spécialités : la hausse du nombre de séjours atteint 7,2 % pour la prise en charge des douleurs chroniques et les soins palliatifs, 7,0 % pour les prises en charge des cathétérismes vasculaires et 5,7 % pour celles de l'appareil digestif. Enfin, du fait de la baisse du nombre d'accouchements en 2016, l'activité de prise en charge des affections médicales du nouveau-né diminue fortement (-7,3 %).

Un peu moins des deux tiers de la progression globale du nombre de séjours de médecine en 2016 s'expliquent par le dynamisme de la médecine ambulatoire. Le nombre d'hospitalisations de moins de un jour progresse de 5,6 %. Cette hausse s'observe dans tous les secteurs (+9,6 % pour le secteur privé à but non lucratif, +4,4 % pour le public et +6,2 % pour le privé à but lucratif).

Entre 2015 et 2016, les poids des différents secteurs sont globalement stables, toutes prises en charge médicales confondues. Cependant, la part du secteur public augmente de presque 3 points en 2016 pour les prises en charge des maladies inflammatoires de l'intestin, au détriment principalement du secteur privé à but lucratif. ■

Graphique 1 Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2016



Note > Seuls les domaines d'activité réunissant plus de 100 000 séjours sont représentés ici.
Lecture > 40,6 % de l'activité médicale digestive sont pris en charge par le secteur public, contre 50,8 % par le secteur privé à but lucratif et 8,6 % par le secteur privé à but non lucratif.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

Tableau 1 Répartition des prises en charge médicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2016

	Nombre de séjours	Évolution 2015-2016 du nombre de séjours (en %)	Part des établissements publics (en %)	Part des établissements privés à but non lucratif (en %)	Part des établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble de l'activité médicale	**11 009 168**	**3,5**	**65,3**	**8,3**	**26,4**
Système digestif, dont :	**2 681 395**	**5,7**	**40,6**	**8,6**	**50,8**
endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	1 074 572	5,0	18,8	9,8	71,5
symptômes digestifs	231 192	-0,5	74,3	6,9	18,8
Cardiologie, dont :	**942 958**	**3,3**	**72,6**	**8,6**	**18,8**
cardiopathies, valvulopathies	231 717	2,0	80,9	6,6	12,5
troubles du rythme/conduction	109 946	-0,4	71,8	7,1	21,1
Pneumologie, dont :	**910 057**	**2,7**	**81,4**	**7,6**	**11,0**
infections respiratoires	339 691	3,8	84,0	6,9	9,2
bronchites, bronchiolites et asthme	191 956	-1,2	88,1	5,5	6,4
Activités interspécialités	**912 970**	**3,4**	**65,5**	**8,5**	**26,1**
Système nerveux, dont :	**842 058**	**4,3**	**88,1**	**6,4**	**5,5**
accidents vasculaires cérébraux	182 998	4,6	91,7	4,5	3,9
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	**652 127**	**1,1**	**64,1**	**7,5**	**28,5**
infections des reins et des voies urinaires, lithiases	186 179	0,8	76,2	6,9	17,0
endoscopies génito-urinaires avec ou sans anesthésie	121 206	-0,7	45,1	9,4	45,5
ORL, stomatologie	**559 846**	**2,1**	**42,1**	**5,8**	**52,1**
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	**533 360**	**7,0**	**51,9**	**8,6**	**39,5**
Endocrinologie, dont :	**383 876**	**2,9**	**83,9**	**8,4**	**7,7**
diabète	96 113	1,5	85,7	7,9	6,5
troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	131 477	2,1	78,2	8,0	13,8
Toxicologie, intoxications, alcool	**355 942**	**1,0**	**90,0**	**4,5**	**5,5**
Rhumatologie, dont :	**360 480**	**3,6**	**80,4**	**7,5**	**12,2**
maladies osseuses et arthropathies	185 785	3,4	76,5	7,3	16,2
Hématologie	**317 455**	**2,4**	**79,0**	**8,5**	**12,5**
Psychiatrie, dont :	**299 606**	**2,9**	**89,3**	**8,0**	**2,8**
névroses, psychoses et autres troubles mentaux	159 943	1,3	92,5	4,7	2,8
Tissu cutané et tissu sous-cutané	**240 301**	**1,7**	**85,8**	**5,6**	**8,6**
Chimiothérapie, radiothérapie (hors séances)	**226 852**	**-0,1**	**65,2**	**26,2**	**8,6**
Nouveau-nés	**173 288**	**-6,7**	**79,8**	**6,5**	**13,7**
Orthopédie, traumatologie	**181 139**	**2,6**	**76,5**	**5,5**	**18,1**
Douleurs chroniques, soins palliatifs	**186 476**	**7,2**	**61,0**	**17,9**	**21,1**
Maladies infectieuses (dont VIH)	**129 817**	**0,3**	**87,2**	**6,3**	**6,5**

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) se fait à partir des CAS (catégories d'activité de soins, établies sur le 3e caractère du GHM).
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2015-2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2016 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les techniques peu invasives (environ 3,3 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.

Source

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.

Méthodologie

> **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 2 600 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 (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

Définitions

> **Identification des séjours de médecine :** voir fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités ».

> **Statuts juridiques des établissements :** les établissements et leurs modes de financement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

Pour en savoir plus

> **Evain, F.** (2013, octobre). Hospitalisation de court séjour. Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011. DRESS, *Études et Résultats,* 854.

> **Evain, F.** (2011, novembre). Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009. DREES, *Études et Résultats,* 785.

> **Lombardo, P.** (2008, octobre). La spécialisation des établissements de santé en 2006. DREES, *Études et Résultats,* 664.

14 La spécialisation en chirurgie

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

Les séjours les plus complexes sont principalement pris en charge par l'hôpital public

Bien qu'ils ne totalisent que 37 % de l'activité de chirurgie en 2016, les hôpitaux publics ont la quasi-exclusivité de certains domaines d'activité (*graphique 1*), notamment pour les prises en charge les plus complexes comme la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (97 %), les transplantations d'organes (96 %) ou la chirurgie réparatrice après brûlures (90 %), dont les greffes de peau. Les autres interventions majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, comme la chirurgie du système nerveux central (89 %) [*tableau 1*]. Par ailleurs, une intervention d'ophtalmologie sur quatre est réalisée dans les établissements publics ; cette part est beaucoup plus élevée pour les interventions lourdes (45 %), comme celles sur l'orbite (66 %). De la même manière, en chirurgie orthopédique, la part du secteur 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 n'est que de 37 %.

Plus de la moitié des interventions chirurgicales sont pratiquées dans les cliniques privées

La chirurgie est l'activité principale des établissements privés à but lucratif. Ceux-ci prennent en charge 54 % des séjours chirurgicaux en 2016. La part des cliniques privées est prépondérante dans plusieurs domaines d'activité : elle atteint notamment 67 % pour les interventions ophtalmologiques et 58 % pour la chirurgie ORL et stomatologique. Elles réalisent 67 % des chirurgies de la main et du poignet, 73 % des arthroscopies et biopsies ostéoarticulaires, 70 % de la chirurgie de la cataracte, 64 % des amygdalectomies, ablations des végétations et poses de drains transtympaniques, et 68 % des circoncisions hospitalisées. Contrairement aux établissements publics, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est majoritaire (58 %), du fait d'une plus grande spécialisation dans des interventions peu complexes.

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

En 2016, les établissements privés à but non lucratif assurent 9 % du total de l'activité chirurgicale. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Comme pour la médecine (voir fiche 13, « 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 32 % des traitements chirurgicaux des tumeurs malignes du sein. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale atteint 50 %.

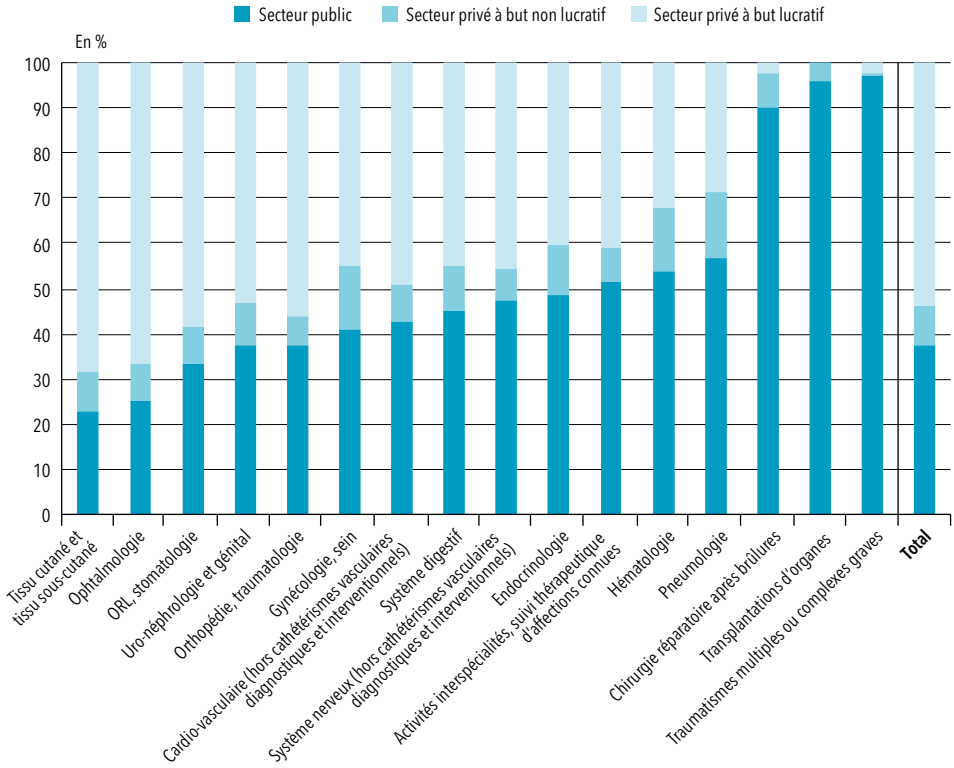
Le volume de séjours reste porté par l'ambulatoire en 2016

En 2016, le nombre global de séjours chirurgicaux augmente de 2,0 %, mais des évolutions contrastées sont observées selon les domaines d'activité. Ainsi, l'activité reste dynamique pour la chirurgie ophtalmologique (+4,2 %) et pour la chirurgie réparatrice après brûlures (+7,4 %), même si pour cette dernière le nombre de séjours reste limité. À l'inverse, le nombre de séjours diminue dans les domaines de la chirurgie

cardio-vasculaire (avec une diminution des ligatures de veines et de la chirurgie valvulaire) et de l'hématologie. La hausse globale des volumes d'activité est portée par une croissance forte de la chirurgie ambulatoire, quel que soit le secteur (+6,3 % pour le secteur privé à but lucratif, +8,0 % pour le privé à but non lucratif et +9,1 % pour le public), tandis que le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue (-2,7 %).

Ces évolutions n'affectent pas la répartition des séjours entre secteurs qui reste stable entre 2015 et 2016, toutes activités chirurgicales confondues. Toutefois, pour les interventions de chirurgie gynécologique et du sein, et plus particulièrement la chirurgie des tumeurs malignes de l'appareil génital féminin, la part du secteur public augmente de plus de 1 point, au détriment du secteur privé lucratif. ■

Graphique 1 Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2016



Lecture > 25,3 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie sont pris en charge par le secteur public, contre 66,8 % par le secteur privé à but lucratif et 7,9 % par le secteur privé à but non lucratif.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

Tableau 1 Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2016

	Nombre de séjours	Évolution 2015-2016 (en %)	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble de l'activité chirurgicale	**5 669 668**	**2,0**	**37,2**	**8,8**	**54,0**
Orthopédie et traumatologie, dont :	**1 541 848**	**1,4**	**37,2**	**6,9**	**56,0**
chirurgie main, poignet	365 517	2,2	26,8	6,7	66,5
chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur, genou)	356 428	2,3	43,9	8,0	48,1
arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	255 256	0,4	20,1	6,8	73,0
chirurgie du membre supérieur	115 084	-0,3	59,5	4,9	35,6
amputations	12 831	0,5	60,3	7,2	32,5
Ophtalmologie, dont :	**1 004 934**	**4,2**	**25,3**	**7,9**	**66,8**
cataractes	827 944	4,3	22,3	7,9	69,8
chirurgie ophtalmique lourde	81 373	5,8	44,8	7,5	47,7
Système digestif, dont :	**753 346**	**1,8**	**44,8**	**10,4**	**44,8**
hernies	218 478	0,3	39,9	10,8	49,3
cholécystectomies	116 803	1,7	47,1	9,8	43,1
appendicectomies	68 357	-5,8	63,5	6,5	30,0
Gynécologie - sein, dont :	**483 223**	**0,6**	**40,7**	**14,3**	**45,1**
chirurgie utérus/annexes	162 352	0,6	47,3	8,6	44,1
chirurgie pour tumeurs malignes du sein	78 142	1,2	29,7	31,8	38,5
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	**507 792**	**2,1**	**37,2**	**9,5**	**53,4**
chirurgie transurétrale, autres	216 012	3,8	39,3	9,9	50,8
circoncisions	93 356	-1,2	25,1	6,8	68,1
ORL, stomatologie, dont :	**372 311**	**1,7**	**33,5**	**8,1**	**58,4**
amygdalectomie, ablation des végétations et pose de drains transtympaniques	167 992	1,5	28,2	8,2	63,6
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	**319 517**	**-0,9**	**42,6**	**8,6**	**48,9**
Chirurgie interspécialités	**180 544**	**2,1**	**51,3**	**8,0**	**40,7**
Tissu cutané et tissu sous-cutané	**193 909**	**2,8**	**23,0**	**8,6**	**68,4**
Système nerveux, dont :	**164 675**	**3,3**	**47,4**	**7,0**	**45,6**
chirurgie rachis/moelle	125 051	3,2	35,3	7,6	57,1
chirurgies SNC (système nerveux central)	27 376	3,3	88,8	5,1	6,1
Endocrinologie	**66 330**	**4,1**	**48,5**	**11,2**	**40,3**
Pneumologie	**37 357**	**2,0**	**56,9**	**14,5**	**28,6**
Hématologie	**28 906**	**-0,8**	**53,7**	**14,4**	**31,9**
Traumatismes multiples ou complexes graves	**6 109**	**3,3**	**97,1**	**1,0**	**1,9**
Transplantations d'organes	**5 633**	**1,5**	**96,2**	**3,8**	**0,0**
Chirurgie réparatoire après brûlures	**3 234**	**7,4**	**90,4**	**7,4**	**2,3**

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) se fait à partir des CAS (catégories d'activités de soins, établies sur le 3e caractère du GHM).
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2015-2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ
Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2016 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et 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.

Source
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.

Méthodologie
> **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 2 600 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 (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

Définitions
> **Identification des séjours de chirurgie** : voir fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités ».

> **Statuts juridiques des établissements** : les établissements et leurs modes de financement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

Pour en savoir plus

> **Evain, F.** (2013, octobre). Hospitalisation de court séjour. Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011. DRESS, *Études et Résultats*, 854.

> **Evain, F.** (2011, novembre). Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009. DREES, *Études et Résultats*, 785.

> **Lombardo, P.** (2008, octobre). La spécialisation des établissements de santé en 2006. DREES, *Études et Résultats*, 664.

15 La spécialisation en obstétrique

En 2016, en France métropolitaine et dans les DROM, 1,2 million de séjours sont réalisés en obstétrique. Les accouchements, dont le nombre a diminué de près de 15 000 entre 2015 et 2016, représentent 63 % de ces séjours. Plus des 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.

Une forte prédominance des établissements publics en obstétrique

Les hôpitaux publics réalisent 73 % de l'activité d'obstétrique et 69 % des accouchements (*tableau 1*). Ils se concentrent davantage sur les accouchements par voie basse avec complications, dont ils assurent 79 % des prises en charge. Les établissements publics accueillent également 77 % des affections ante-partum, parmi lesquelles figurent principalement des complications de la grossesse. Ces affections représentent 17 % de l'activité obstétricale de l'ensemble des établissements. Les affections post-partum, elles, sont prises en charge à hauteur de 83 % par les établissements publics, mais représentent seulement 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 66 % des cas, elles sont réalisées dans le secteur public et 66 % 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 (98 %) et la part du secteur public y est prépondérante, puisqu'il prend en charge 84 % des IVG.

20 % de l'activité d'obstétrique sont réalisés dans les cliniques privées

Au fil des années, la part des accouchements pratiqués dans le secteur privé à but lucratif a progressivement baissé, pour s'établir à 22 % en 2016 (27 % en 2009). Ce secteur réalise 23 % des accouchements par voie basse sans complications, 14 % des accouchements par voie basse avec complications et 24 % des accouchements par césarienne. Les cliniques privées prennent aussi en charge 27 % des IMG, mais seulement 12 % des IVG. Les établissements privés à but non lucratif ont, eux, un poids 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 2015 et 2016, le poids des établissements publics dans l'ensemble des activités obstétricales a augmenté de 0,75 point, essentiellement au détriment des cliniques privées. Cette évolution concerne aussi bien les accouchements par voie basse que les IMG. Elle est également très marquée pour les césariennes et IVG, pour lesquelles la part du secteur public progresse de 1,0 point, principalement au détriment de celle du secteur privé à but lucratif. ■

Tableau 1 Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le groupe d'activité en 2016

	Nombre de séjours	Évolution 2015-2016 (en %)	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble des activités obstétricales	**1 235 750**	**-1,8**	**72,6**	**7,1**	**20,3**
Accouchements[1], dont :	**775 255**	**-1,8**	**69,2**	**8,4**	**22,4**
accouchements par voie basse sans complication	557 126	-2,4	68,6	8,7	22,7
accouchements par voie basse avec complications	62 798	3,2	79,0	6,6	14,4
accouchements par césarienne	155 331	-1,6	67,6	8,0	24,5
Affections ante-partum	**207 343**	**-0,2**	**76,9**	**5,3**	**17,8**
Affections post-partum	**13 857**	**3,3**	**82,8**	**4,7**	**12,5**
Interruptions médicales de grossesse[2]	**66 403**	**-4,1**	**66,3**	**6,3**	**27,3**
Interruptions volontaires de grossesse	**172 892**	**-2,8**	**84,3**	**3,9**	**11,8**

1. Y compris accouchements hors établissements et transférés en service obstétrique (environ 4 000 en 2016).
2. Avant 22 semaines d'aménorrhée.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2015-2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2016 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et 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.

Source

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.

Définitions

> **Identification des séjours d'obstétrique** : voir fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités ».

> **Statuts juridiques des établissements** : les établissements et leurs modes de financement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

Pour en savoir plus

> **Arnault, S., Exertier, A.** (2010). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans Chaleix, M., Exertier, A. et Minodier, C. (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

> **Baubeau, D., Morais, S., Ruffié, A.** (1999, juillet). Les maternités de 1975 à 1996. Un processus de restructuration sur longue période. DREES, *Études et Résultats,* 21.

> **Buisson, G.** (2003, mars). Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. DRESS, *Études et Résultats,* 225.

> **Evain, F.** (2013, octobre). Hospitalisation de court séjour. Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011. DRESS, *Études et Résultats,* 854.

> **Fresson, J., Vanhaesebrouck, A., Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DRESS, *Études et Résultats,* 1031.

> **Lombardo, P.** (2008, octobre). La spécialisation des établissements de santé en 2006. DREES, *Études et Résultats,* 664.

> **Vilain, A.** (2016, juin). Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. DREES, *Études et Résultats,* 968.

Les plateaux techniques

16 Les équipements chirurgicaux et l'activité d'anesthésie

7 350 salles d'intervention chirurgicale sont réparties dans 1 000 établissements de santé publics ou privés en France métropolitaine et dans les DROM. Les cliniques y ont recours plus fréquemment, sachant que la chirurgie ambulatoire y est davantage pratiquée. L'organisation de l'activité d'anesthésie est liée aux types d'activités développées : interventions chirurgicales plus ou moins complexes, endoscopies, radiologies interventionnelles, etc. L'utilisation de ces salles varie selon le statut, public ou privé, de l'établissement.

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

En 2016, 7 350 salles d'intervention chirurgicale sont réparties dans 1 000 établissements de santé (*tableau 1*). 47 % d'entre elles sont implantées dans les cliniques privées alors que ces dernières enregistrent 54 % des séjours chirurgicaux, les interventions par salle y étant plus nombreuses que dans les établissements publics. Ce constat peut s'expliquer, entre autres, par la part plus importante de l'activité de chirurgie ambulatoire dans les établissements privés à but lucratif, qui suppose une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés. Tandis que les cliniques privées réalisent 64 % de la chirurgie ambulatoire (notamment la chirurgie de la cataracte, l'arthroscopie, la chirurgie des varices, etc.), les établissements publics, eux, prennent en charge des actes plus complexes avec des temps d'intervention plus longs (voir fiche 14, « La spécialisation en chirurgie »). Ces établissements 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).

En 2016, 1 640 salles sont dédiées à la surveillance postinterventionnelle

L'activité anesthésique est associée à l'activité chirurgicale (6,4 millions d'actes chirurgicaux requérant une anesthésie sont recensés en 2016), mais elle ne s'y limite pas. Des actes d'obstétrique (hors salles de travail), des explorations (endoscopies), des activités interventionnelles sous imagerie ou des radiologies interventionnelles sont aussi pratiqués sous anesthésie. En 2016, 620 salles dédiées aux actes d'obstétrique (hors salles de travail), 870 salles d'activités interventionnelles sous imagerie, 1 500 salles dédiées aux endoscopies et 510 salles dédiées à d'autres interventions ou explorations, avec ou sans anesthésie, sont ainsi recensées. Au total, 3 500 salles destinées à des interventions ou des explorations hors chirurgie sont ainsi dénombrées en 2016.

Ces salles, ainsi que les salles d'intervention chirurgicale, sont réparties en différents lieux au sein des établissements, en fonction de l'environnement nécessaire aux actes réalisés. Après toute intervention sous anesthésie, une surveillance en continu des patients dans une salle de surveillance postinterventionnelle est obligatoire. Le nombre de salles de surveillance postinterventionnelle s'élève à 1 640 pour 14 240 postes de réveil (*tableau 2*), soit près de neuf postes par salle en moyenne. 45,5 % des salles de surveillance se situent dans des établissements publics, 44,0 % dans des cliniques privées et 10,5 % dans des établissements privés à but non lucratif. ■

Tableau 1 Les plateaux techniques de chirurgie en 2016

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	CHR	Autres CH			
Nombre d'établissements disposant d'au moins une salle d'intervention chirurgicale[1]	**98**	**346**	**100**	**453**	**997**
Nombre de salles d'intervention chirurgicale[1], dont :	**1 510**	**1 747**	**648**	**3 449**	**7 354**
nombre de salles destinées à la chirurgie classique[2]	1 440	1 644	631	3 154	6 869
Nombre de séjours chirurgicaux en hospitalisation complète ou partielle	920 102	1 190 077	498 260	3 061 229	5 669 668

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.
1. Hors obstétrique.
2. Peu de salles sont dédiées uniquement à la chirurgie ambulatoire, réalisée la plupart du temps dans des salles mixtes (chirurgie classique et chirurgie ambulatoire).
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES pour le nombre de séjours ; DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Tableau 2 L'activité d'anesthésie en 2016

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	CHR	Autres CH			
Nombre de salles de surveillance postinterventionnelle, y compris celles dédiées à la chirurgie ambulatoire	294	449	171	722	1 636
Nombre de postes de réveil, y compris ceux dédiés à la chirurgie ambulatoire	2 579	3 550	1 316	6 796	14 241

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). La refonte de la SAE a modifié le mode de collecte de l'information sur les sites opératoires et les salles d'intervention. Cette modification entraîne une rupture de série entre les résultats de l'année 2012 concernant le nombre de salles d'intervention chirurgicale et ceux des années ultérieures. 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. •••

•••

Définitions

> **Statuts juridiques des établissements et grandes disciplines d'équipement** : voir l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

> **Séjours chirurgicaux** : les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie sont classés en fonction du calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades (GHM) du séjour. L'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et la date de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché.

> **Surveillance postinterventionnelle 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 postinterventionnelle à proximité des sites où sont réalisées les anesthésies. Une salle de surveillance postinterventionnelle comprend au minimum quatre postes de réveil.

> **Endoscopie** : elle consiste à introduire une caméra (ou endoscope) dans un conduit ou une cavité de l'organisme.

> **Radiologie interventionnelle** : elle permet au médecin de réaliser des actes diagnostiques ou thérapeutiques (ponction-biopsie, évacuation d'un hématome) tout en étant guidé par l'imagerie.

Pour en savoir plus

> **D'Autume, C., Dupays, S., Perlbarg, J., Bert, T., Hausswalt, P. et Weill, M.** (2014, juillet). *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France (MAP).* Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Igas.

17 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. Dans les cliniques privées à but lucratif, ces équipements sont plus difficiles à recenser.

En 2016, 2 352 salles de radiologie conventionnelle, numérisée ou non, sont réparties dans 829 établissements de santé publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA)[1] [*tableau 1*]. Il existe également 337 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies, réparties dans 182 établissements.

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. 531 établissements publics ou privés à but non lucratif déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 721 appareils (dont 682 exploités par l'établissement lui-même[2]), situés pour 87 % dans le secteur public (dont 26 % en CHR) et pour 3 % dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). 374 établissements possèdent au moins une IRM, soit 525 appareils (dont 489 exploités par l'établissement), situés pour 86 % dans le public (dont 31 % en CHR et la moitié en centre hospitalier) et pour 4 % en CLCC.

Le nombre d'actes de scanners réalisés en établissements des secteurs public et privé à but non lucratif pour les patients hospitalisés dans ces établissements est estimé à 3,2 millions et le nombre d'actes pour des patients externes à 4,0 millions, hors activité libérale pratiquée dans les établissements publics. Pour les IRM, l'activité est estimée à 0,6 million d'actes pour les patients hospitalisés dans ces établissements et à 2,0 millions pour des patients externes. Enfin, 127 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 289 gamma-caméras (dont 273 exploitées par l'établissement), situées pour moitié en CHR. 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.

Des équipements plus difficiles à quantifier dans les cliniques privées à but lucratif

Les cliniques privées à but lucratif disposent également d'équipements d'imagerie, mais leur comptabilisation dans la SAE n'est pas exhaustive. En effet, la gestion de propriété est différente selon les statuts juridiques des établissements, deux personnes morales pouvant coexister au sein des cliniques privées, l'une correspondant aux activités de soins et l'autre aux activités médico-techniques. Par ailleurs, les cabinets de radiologie sont hors champ, sauf s'ils sont implantés dans les cliniques privées à but lucratif. Par conséquent, si 213 scanners et 169 IRM sont dénombrés dans les cliniques privées en 2016, ces chiffres constituent vraisemblablement un minorant (*tableau 2*).

Une répartition inégale des équipements selon les départements

Le nombre total d'appareils situés en établissements de santé est probablement plus élevé que la somme des appareils situés en établissements publics, privés à but non lucratif et déclarés dans

1. Dans ces salles de radiologie, les appareils de mammographie, au nombre de 367, ne sont pas comptabilisés.
2. Les autres appareils sont installés sur le site d'un établissement de santé mais détenus et exploités par des cabinets libéraux.

la SAE par les établissements privés à but lucratif. Cependant, cette somme permet d'approcher *a minima* l'équipement situé en établissement de santé dans chaque département.
Le nombre de scanners rapporté à la population s'établit ainsi à 2,8 scanners pour 200 000 habitants pour la France entière. Ce rapport varie de 0,9 dans les départements de la Haute-Loire et de Mayotte à 5,1 en Corse du Sud (*carte 1*). Pour les IRM, le rapport s'établit à 2,1 appareils pour 200 000 habitants pour la France entière, et varie de 0,5 dans le département de la Guadeloupe à 3,7 à Paris (*carte 2*). ■

Tableau 1 Équipement en imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en 2016

Types d'équipement	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils présents sur le site (ou de salles pour la radiologie conventionnelle)	Nombre d'appareils présents sur le site et exploités par l'établissement
Scanners	531	721	682
IRM	374	525	489
Caméras à scintillation	127	289	273
Tomographes à émission/caméras à positons	84	103	97
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non[1]	829	2 352	2 278
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	182	337	329

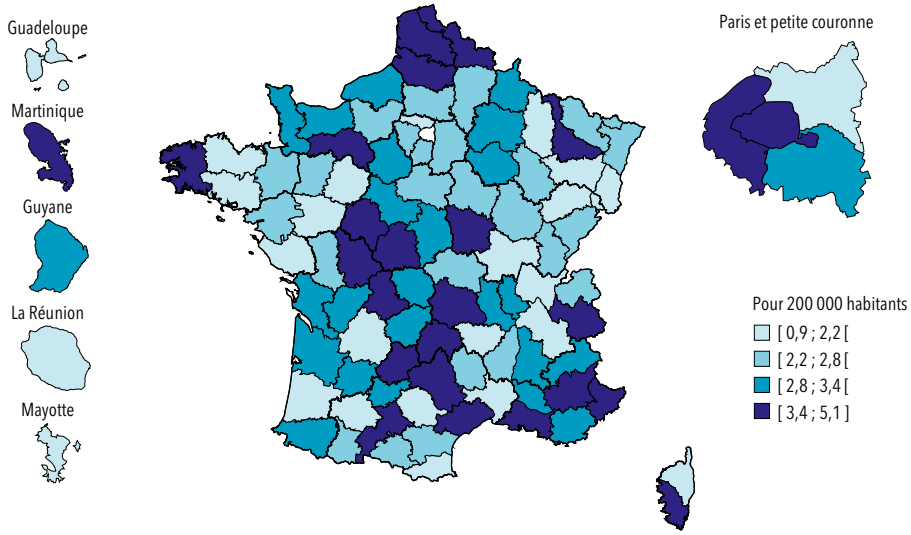
1. Non compris les appareils de mammographie.
Champ > Établissements publics et privés à but non lucratif de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Tableau 2 Équipement en imagerie des établissements privés à but lucratif en 2016

Types d'équipement	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils présents sur le site (ou de salles pour la radiologie conventionnelle)
Scanners	180	213
IRM	127	169
Caméras à scintillation	35	71
Tomographes à émission/caméras à positons	15	13
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non[1]	246	588
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	78	139

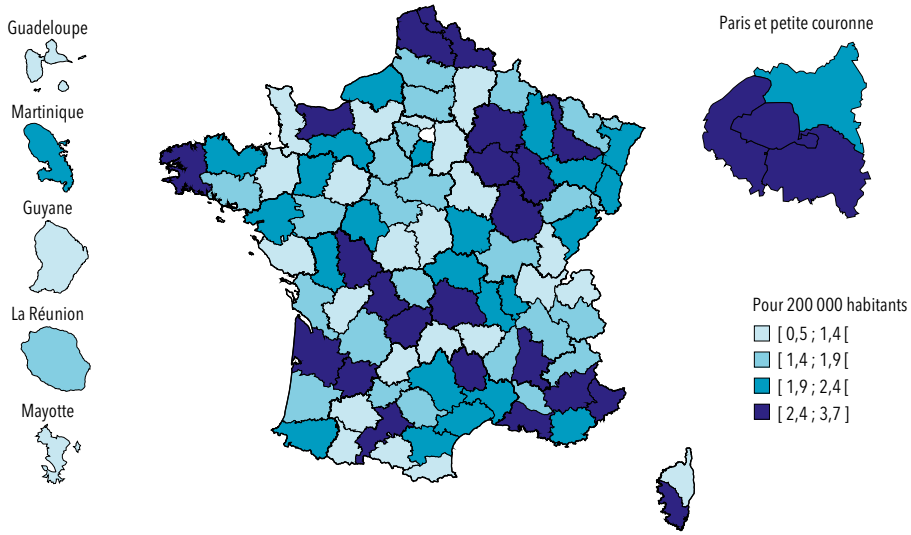
1. Non compris les appareils de mammographie.
Note > Ces chiffres constituent un minorant de l'équipement des établissements privés à but lucratif car leur comptabilisation dans la SAE n'est pas exhaustive. En particulier, ils ne comprennent pas l'équipement des personnes morales au sein des cliniques privées gérant des activités médico-techniques et l'équipement des cabinets de radiologie, sauf s'ils sont implantés dans les cliniques privées à but lucratif. Le nombre d'appareils exploités par l'établissement n'est pas indiqué en raison d'un taux de réponse faible à cette question.
Champ > Établissements privés à but lucratif de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Carte 1 Nombre de scanners par département en 2016



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Carte 2 Nombre d'IRM par département en 2016



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Sont comptabilisés les équipements d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les cabinets de radiologie sont hors champ, sauf s'ils sont implantés dans les cliniques privées, auquel cas ils sont normalement recensés dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). L'équipement des cliniques privées à but lucratif est donné à titre indicatif en raison d'une sous-déclaration importante concernant ces établissements.

Source

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

Définitions

> **Radiologie** : cette technique est fondée sur l'utilisation des rayons X.

> **Radiologie numérisée** : elle représente une amélioration technique par rapport à la radiologie conventionnelle, en raison 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 intravasculaires nécessaires aux angiographies (visualisation des vaisseaux) en toute sécurité. Les coronarographies (visualisation des artères coronaires) peuvent aussi être 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 les os, les muscles ou les tendons.

> **Caméra à scintillation ou gamma-caméra** : elle est utilisée en médecine nucléaire pour la détection de radioéléments qui permettent d'établir certains diagnostics (isotopes radioactifs de certains éléments naturels, iode, technétium, fluor, etc.).

> **Tomographe à émission de positons (TEP) ou caméra à positons** : ces équipements sont fondés sur le même principe que la gamma-caméra. Ils constituent une évolution technologique de cette dernière et détectent des positons (ou positrons).

Les autres disciplines hospitalières

18 L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé

La psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extrahospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc. L'offre de soins en établissements de santé s'organise autour de trois types de prise en charge : à temps complet, à temps partiel et ambulatoire. La prise en charge à temps complet s'appuie essentiellement sur les 57 000 lits d'hospitalisation à temps plein, celle à temps partiel sur les 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit. La prise en charge ambulatoire, réalisée majoritairement en centre médico-psychologique, est la plus courante.

Une offre de soins majoritairement publique et spécialisée

En 2016, 618 établissements de santé ont répondu à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour la prise en charge hospitalière en psychiatrie. Ces derniers relèvent de structures de prise en charge variées : centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpitaux de jour, etc. (voir rubrique Méthodologie, dans l'encadré Sources et méthodes). Plus de la moitié d'entre eux appartiennent au secteur public. Ce dernier assure, par ailleurs, 68 % des capacités d'accueil (lits et places) en hospitalisation et la quasi-totalité de l'offre ambulatoire en psychiatrie (*tableau 1*). L'autre moitié des établissements répondant à la SAE se répartissent à parts égales entre les cliniques privées, essentiellement orientées vers une activité d'hospitalisation à temps plein, et les établissements privés à but non lucratif, dont la plupart assurent des missions de service public hospitalier.

L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile dépend presque exclusivement des établissements publics et privés à but non lucratif. 61 % des établissements dispensant des soins psychiatriques 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 soins ambulatoires

Les patients en psychiatrie bénéficient le plus souvent d'une prise en charge ambulatoire : 80 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme. En 2016, plus de 21 millions d'actes ont ainsi été réalisés, notamment dans les 3 800 unités de consultation et CMP, considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire. Les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux que les CMP. Ainsi, 14 % des actes sont réalisés dans les CATTP, 7 % à domicile ou en institutions substitutives au domicile, 5 % en unités d'hospitalisation somatique et 3 % en établissements sociaux, médico-sociaux ou encore en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile (PMI).

Un poids plus important des hospitalisations à temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile

Le nombre de places en hôpital de jour et en hôpital de nuit s'élève à 29 000 en 2016, auquel il convient d'ajouter l'activité des 319 ateliers thérapeutiques. Au total, l'activité d'hospitalisation à temps partiel comptabilise 5,2 millions de journées. La psychiatrie infanto-juvénile est caractérisée par une part beaucoup plus importante des prises en charge à temps partiel. Alors qu'en psychiatrie générale, l'activité à temps partiel ne représente que 17 % des journées d'hospitalisation, elle atteint 67 % en psychiatrie infanto-juvénile. Les places en hôpital

Tableau 1 Capacités et activité en psychiatrie en 2016

	Psychiatrie générale (GEN)				Psychiatrie infanto-juvénile (INF)				Ensemble de la psychiatrie (GEN + INF)
	Établis-sements publics	Établissements privés		Total	Établis-sements 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	34 224	6 953	13 422	**54 599**	1 722	421	237	**2 380**	**56 979**
Nombre de journées	10 942 565	2 130 336	4 682 796	**17 755 697**	355 455	86 333	78 136	**519 924**	**18 275 621**
Placement familial thérapeutique									
Nombre de places	2 494	179	-	**2 673**	733	70	-	**803**	**3 476**
Nombre de journées	635 676	45 957	-	**681 633**	125 987	5 525	-	**131 512**	**813 145**
Accueil en centre de postcure									
Nombre de lits	618	709	186	**1 513**	-	-	-	**-**	**1 513**
Nombre de journées	149 139	172 613	68 876	**390 628**	-	-	-	**-**	**390 628**
Accueil en appartement thérapeutique									
Nombre de places	827	188	-	**1 015**	-	-	-	**-**	**1 015**
Nombre de journées	215 576	46 788	-	**262 364**	-	-	-	**-**	**262 364**
Hospitalisation à domicile									
Nombre de places	549	42	15	**606**	27	-	-	**27**	**633**
Nombre de journées	143 346	11 927	5615	**160 888**	7 652	-	-	**7 652**	**168 540**
Accueil en centre de crise[1]									
Nombre de places	419	30	20	**469**	38	8	-	**46**	**515**
Nombre de journées	117 631	7 751	8 810	**134 192**	10 152	2 084	-	**12 236**	**146 428**
Prises en charge à temps partiel									
Hôpital de jour									
Nombre de places	13 700	3 369	1 389	**18 458**	7 680	1 687	99	**9 466**	**27 924**
Nombre de journées	2 475 808	599 820	462 531	**3 538 159**	963 446	292 460	23 724	**1 279 630**	**4 817 789**
Hôpital de nuit									
Nombre de places	845	242	150	**1 237**	80	44	1	**125**	**1 362**
Nombre de journées	66 027	48 795	28 742	**143 564**	4 428	3 304	122	**7 854**	**151 418**
Atelier thérapeutique									
Nombre de structures	215	13	1	**229**	88	1	1	**90**	**319**
Nombre de journées	167 876	27 539	1 337	**196 752**	41 817	1 606	2 253	**45 676**	**242 428**
Prises en charge ambulatoires									
CMP ou unité de consultation des services									
Nombre de CMP ou d'unités	2 036	243	2	**2 281**	1 361	184	-	**1 545**	**3 826**
Nombre d'actes	9 271 404	1 134 662	7 655	**10 413 721**	4 260 647	583 289	-	**4 843 936**	**15 257 657**
CATTP									
Nombre de structures	1 099	119	-	**1 218**	638	57	-	**695**	**1 913**
Nombre d'actes	1 980 165	290 521	-	**2 270 686**	614 243	63 496	-	**677 739**	**2 948 425**
Autres formes de prise en charge ambulatoire[2]									
Nombre d'actes	2 335 854	478 646	-	**2 814 500**	305 467	20 856	-	**326 323**	**3 140 823**

CMP : centre médico-psychologique ; CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.
1. Y compris les structures d'accueil des urgences en hôpital psychiatrique.
2. Sont dénombrés les actes réalisés à domicile ou en institutions substitutives au domicile, en unités d'hospitalisation somatique, en établissements sociaux ou médico-sociaux, en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

de jour et en hôpital de nuit représentent 75 % des capacités d'accueil (lits et places) en psychiatrie infanto-juvénile, contre 24 % en psychiatrie générale.

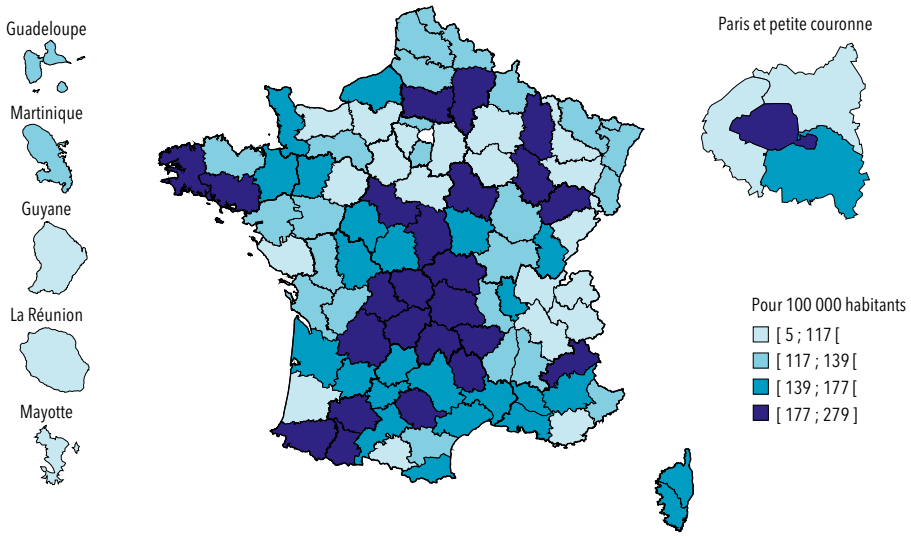
Des prises en charge à temps complet réalisées principalement en hospitalisation à temps plein

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 s'est toutefois atténuée ces dernières années et le nombre de lits installés s'établit à près de 57 000 en 2016, pour 18,3 millions de journées (contre 18,5 millions de journées en 2015). Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes de prise en charge à temps complet existent, essentiellement en psychiatrie générale. Ainsi, en 2016, les établissements de santé déclarent disposer de 7 150 lits ou places en accueil familial thérapeutique, centres de postcure, appartements thérapeutiques, hospitalisation à domicile, centres de crise et structures d'accueil d'urgence. Ce sont 1,8 million de journées de prise en charge qui ont été réalisées dans ces structures, soit 9 % de l'activité à temps complet en psychiatrie.

Des taux d'équipement variables selon les départements

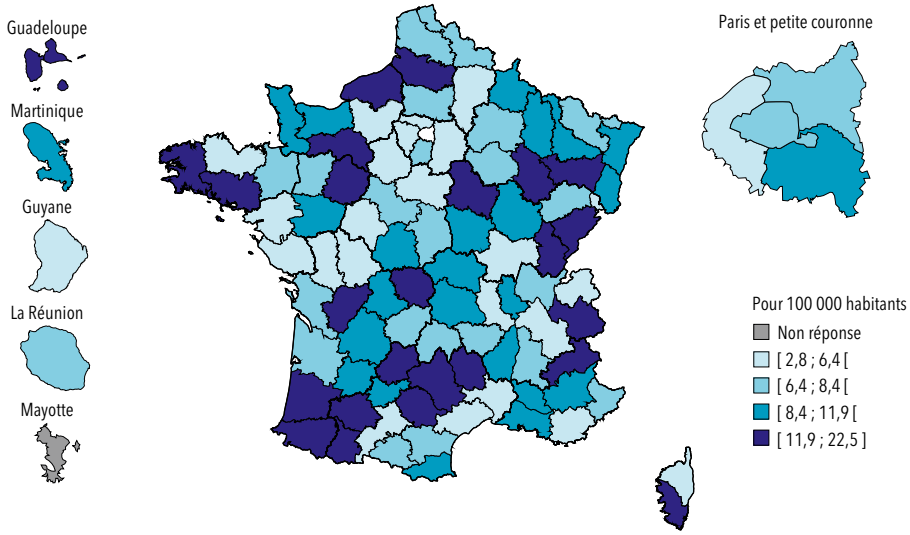
La densité nationale moyenne d'équipement en lits et en places d'hospitalisation à temps complet ou partiel est de 140 pour 100 000 habitants en 2016 (*carte 1*). Elle est plus élevée dans les départements ruraux du centre de la France. L'offre de soins ambulatoires présente également de fortes disparités départementales (*carte 2*). Elle varie de 3 structures pour 100 000 habitants en Eure-et-Loir à 23 structures pour 100 000 habitants en Corse du Sud. ■

Carte 1 Densité de lits et de places d'hospitalisation en psychiatrie en 2016



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Carte 2 Densité de lieux de prise en charge ambulatoire en psychiatrie en 2016



Notes > Sont comptabilisés les centres médico-psychologiques, unités de consultation et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie et ayant fonctionné en 2016 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) et hors secteur pénitentiaire. Les psychiatres libéraux qui ne sont pas rattachés à un établissement de santé ne sont pas pris en compte dans cette fiche.

Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation à temps plein, journées en hospitalisation partielle, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

Méthodologie

> **Mode d'interrogation des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie** : les entités géographiques ne répondent pas toutes directement à la SAE. Dans le public, une entité géographique est choisie au sein de chaque entité juridique pour transmettre les réponses de tous les établissements du département, en plus des siennes. Dans le privé, si l'entité juridique regroupe des établissements sur plusieurs départements, une entité géographique est choisie dans chaque département pour répondre au nom de tous les autres établissements géographiques. En revanche, l'entité juridique est directement interrogée dans le cas où tous ses établissements sont implantés dans le même département, et elle répond pour tous ses établissements géographiques. Au total, 618 établissements ont répondu à la SAE, couvrant au total près de 4 800 entités géographiques. •••

••• Certaines de ces entités géographiques peuvent proposer simultanément plusieurs formes de prise en charge (hospitalisation à temps plein, ateliers thérapeutiques, unités de consultation, etc.). Au total, ce sont environ 9 240 lieux de prise en charge en psychiatrie qui sont dénombrés[1].

> **Journées et venues** : les nombres de journées de prise en charge à temps partiel publiés ici ne peuvent être utilisés pour établir des comparaisons avec les données publiées dans les éditions antérieures à 2009. En effet, les concepts de la statistique annuelle des établissements de santé ont évolué. Désormais, les venues en psychiatrie ne sont plus égales aux journées, une venue comptant pour une journée ou une demi-journée selon la durée de prise en charge.

Définitions

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

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

1. La méthode de calcul du nombre de lieux de prise en charge a été revue et précisée, ce qui modifie les chiffres publiés dans l'édition 2017 de cet ouvrage. Avec cette nouvelle méthode, 9 020 lieux de prise en charge sont dénombrés en 2015.

Pour en savoir plus

> **Bénamouzig, D., Ulrich, V.** (coord.) (2016, avril-juin). L'organisation des soins en psychiatrie. La Documentation française, *Revue française des affaires sociales*, 2016/2.

> **Coldefy, M.** (coord.) (2018). L'atlas de la santé mentale en France. Coédition DREES-Irdes, à paraître. Disponible sur le site : http://santementale.atlasante.fr/

> **Coldefy, M., Le Neindre, C.** (2014, décembre). *Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique.* Rapport Irdes, 558.

19 Les patients suivis en psychiatrie

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur de santé publique. En 2016, 2,1 millions de patients ont été suivis en ambulatoire et 418 000 en hospitalisation dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie. L'analyse montre l'existence de populations aux besoins distincts et la persistance de disparités géographiques.

Un suivi en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation complète ou partielle

En 2016, sur l'ensemble des patients, adultes et enfants, soignés au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie, la très grande majorité bénéficie d'une prise en charge ambulatoire. Le taux de recours aux soins ambulatoires (3 100 patients pour 100 000 habitants) est, en effet, cinq fois plus important qu'en hospitalisation (630 patients pour 100 000 habitants). La prise en charge hospitalière est plus importante dans les départements du sud de la France (particulièrement dans la région Occitanie), tandis que des taux élevés en ambulatoire sont observés en Normandie, en Bretagne et dans la région Grand-Est (*cartes 1 et 2*).

Des hospitalisations réalisées essentiellement à temps complet

La prise en charge en hospitalisation accueille autant de femmes que d'hommes (*tableau 1*). L'âge moyen des patients est de 42,1 ans et varie selon le type de prise en charge : 44,1 ans à temps complet, contre 37,8 ans à temps partiel. Parmi les 418 000 patients hospitalisés en 2016, 342 000 l'ont été à temps complet pour un total de 19,3 millions de journées. Ce volume d'activité a été réalisé pour plus de 90 % en hospitalisation à temps plein, dont la durée moyenne d'hospitalisation des patients concernés s'établit à 54 jours par an.

Les patients admis en hospitalisation viennent en majorité de leur domicile. Toutefois, une hospitalisation sur quatre s'effectue à la suite d'un passage aux urgences, en unités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou de psychiatrie. Parmi les séjours terminés en 2016, 89 % se concluent par un retour au domicile, 5 % par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique, 4 % par un transfert vers une unité de MCO ou de soins de suite et de réadaptation (SSR) et 2 % par un accueil dans une structure médico-sociale[1].

Des soins ambulatoires réalisés principalement en centre médico-psychologique

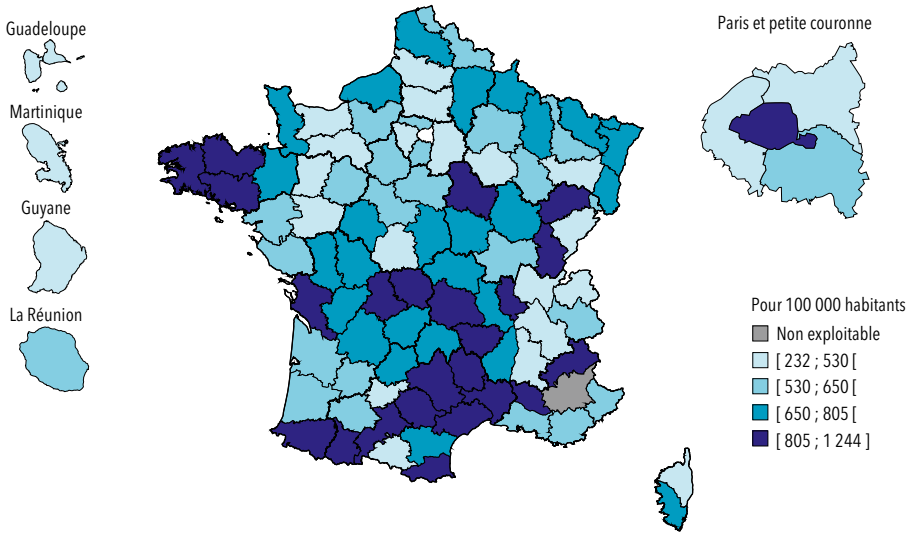
Les patients suivis en ambulatoire sont relativement jeunes : près d'un patient sur quatre est âgé de 16 ans ou moins et un sur deux a moins de 40 ans. En 2016, près des trois quarts des actes réalisés sont des entretiens et 60 % sont effectués en centre médico-psychologique (CMP). Ils peuvent également avoir lieu en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP, 13 %), au domicile du patient (8 %), en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence, 5 %), en établissement pénitentiaire (4 %) ou encore dans d'autres lieux (12 %). Un patient bénéficie en moyenne de 11 actes, réalisés à 39 % par des infirmiers, 23 % par des médecins, 16 % par des psychologues et 22 % par diverses catégories professionnelles (personnel de rééducation, aides-soignants, etc.).

Des prises en charge qui varient selon le sexe et le diagnostic principal

Parmi l'ensemble des diagnostics principaux (CIM-10[2]), les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1), la schizophrénie (F2), les troubles de l'humeur (F3) et les troubles

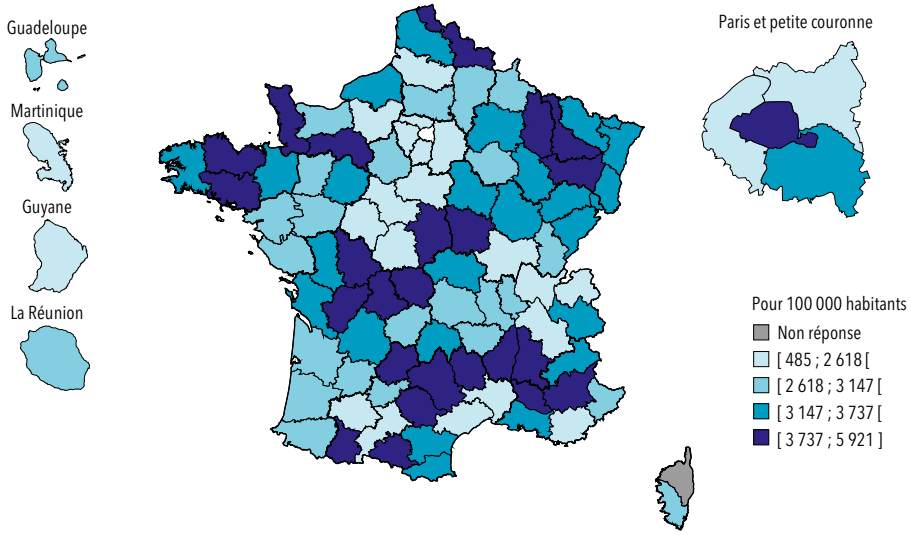
1. Le mode de sortie est manquant pour 1,3 % des séjours dans les données du RIM-P mobilisées ici.
2. Classification internationale des maladies, 10e révision. Les troubles mentaux sont codés de F00 à F99.

Carte 1 Nombre de patients pris en charge en hospitalisation à temps complet ou partiel en 2016



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, RIM-P 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Carte 2 Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires en 2016



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, RIM-P 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

névrotiques (F4) représentent une large part des prises en charge à temps complet ou partiel (*graphique 1*). Le diagnostic F2 de la schizophrénie correspond au motif de recours à l'hospitalisation le plus fréquent chez les hommes (27 %), tandis que les femmes sont davantage hospitalisées pour un diagnostic F3 de troubles de l'humeur (40 %). En ambulatoire, les motifs de recours sont plus disparates et font davantage intervenir des diagnostics de type Z relatifs aux facteurs influant sur l'état de santé (dont les difficultés liées aux conditions socio-économiques et psychosociales). Il existe les mêmes différences par sexe qu'en hospitalisation, auxquelles s'ajoute une plus forte représentation des hommes parmi les troubles du développement psychologique (F8) et les troubles du comportement (F9).

Des prises en charge spécifiques chez les enfants et les adolescents

Les patients âgés de 16 ans ou moins sont majoritairement suivis en ambulatoire, davantage encore que les adultes. En 2016, les établissements ont accueilli 43 000 enfants et adolescents en hospitalisations partielle ou complète et 468 000 en ambulatoire, solution favorisée pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial. Pour cette nature de prise en charge, les patients ont bénéficié de 5,5 millions d'actes, réalisés en CMP dans 76 % des cas. 61 % des patients sont des garçons, essentiellement suivis par des psychologues, médecins psychiatres ou pédopsychiatres et personnels de rééducation. Les troubles du comportement et troubles émotionnels, apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, constituent le motif de recours le plus fréquent en ambulatoire (code F9 de la CIM-10).

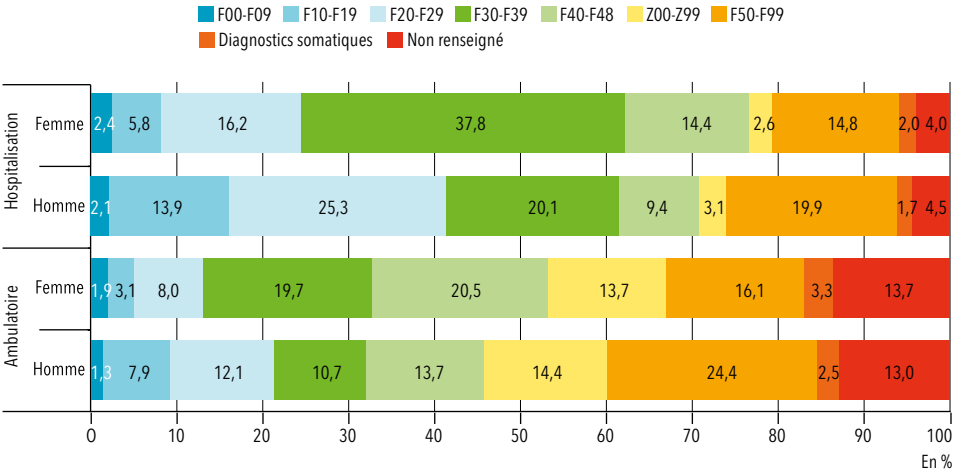
Pour les prises en charge hospitalières, 66 % des journées sont réalisées à temps partiel, contre 17 % en psychiatrie adulte. Ces journées sont principalement effectuées en hospitalisation de jour pour des troubles du développement psychologique (code F8 de la CIM-10). ■

Tableau 1 Caractéristiques des patients suivis en établissement psychiatrique en 2016

	Ensemble des patients	Psychiatrie pour enfants et adolescents (≤ 16 ans)[1]	Psychiatrie adulte (>16 ans)[1]
Prise en charge en hospitalisation[2]			
Nombre de patients	417 680[3]	43 120	376 276
Proportion d'hommes (en %)	51	65	50
Nombre de journées d'hospitalisation	24 167 257	1 741 174	22 426 083
Part de journées d'hospitalisation partielle (en %)	20	65	17
Durée moyenne d'hospitalisation des patients (journées/an)	57,9	40,4	59,6
Prise en charge ambulatoire			
Nombre de patients	2 055 739[4]	467 519	1 597 440
Proportion d'hommes (en %)	50	61	47
Nombre d'actes ambulatoires	21 830 495	5 511 195	16 319 300
Part d'actes réalisés en centres médico-psychologiques (en %)	60	76	55
Nombre moyen d'actes	10,6	11,8	10,2

1. Dans le RIM-P, les prises en charge sont classées selon l'âge des patients et non en fonction de la spécialisation du service (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile).
2. Hors patients pour lesquels la clé de chaînage (numéro anonyme créé à partir du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe de chaque patient) contient une erreur.
3. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes parce qu'au cours de l'année 2016, 1 716 patients ont changé d'âge et ont bénéficié des deux types de prise en charge en hospitalisation.
4. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes parce qu'au cours de l'année 2016, 9 220 patients ont changé d'âge et ont bénéficié des deux types de prise en charge en ambulatoire.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte et Guyane), y compris le SSA.
Source > ATIH, RIM-P 2016, traitements DREES.

Graphique 1 Répartition des diagnostics principaux par nature de prise en charge et par sexe en 2016



F00-F09 : troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques ; F10-F19 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives ; F20-F29 : schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ; F30-F39 : troubles de l'humeur ; F40-F48 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ; F50-F59 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ; F60-F69 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ; F70-F79 : retard mental ; F80-F89 : troubles du développement psychologique ; F90-F98 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ; F99 : autres troubles mentaux sans précision ; Z00-Z99 : facteurs influant sur l'état de santé.

Note > Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies (CIM), 10e révision.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, RIM-P 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Patients pris en charge dans les établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité en psychiatrie en France métropolitaine, dans les DROM (y compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte) et dans le service de santé des armées (SSA), tous âges confondus. Seuls sont comptabilisés ici les patients pour lesquels la clé de chaînage (numéro anonyme attribué à chaque patient, établi à partir du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe, qui permet de faire le lien entre les différentes hospitalisations d'un même patient) ne contient pas d'erreur.

Source

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. Il ne couvre pas Mayotte.

Définitions

> **Nature des prises en charge** : le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) distingue trois natures de prise en charge :

– **ambulatoire** : consultation en centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, visite à domicile, en établissement social ou médico-social, en unité d'hospitalisation •••

••• somatique (y compris service d'urgence), en établissement médico-éducatif ou de protection maternelle et infantile (PMI), 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 postcure.

– **à temps partiel** : hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit et atelier thérapeutique.

> **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

> **Bénamouzig, D., Ulrich V.** (coord.) (2016, avril-juin). L'organisation des soins en psychiatrie. La Documentation française, *Revue française des affaires sociales,* 2016/2.

> **Coldefy, M.** (coord.) (2018). L'atlas de la santé mentale en France. Coédition DREES-Irdes, à paraître. Disponible sur le site : http://santementale.atlasante.fr/

> **Fourcade, N., Lennep (von), F., Grémy, I., Bourdillon, F.** (dir.) (2017, mai). *L'état de santé de la population en France.* Rapport 2017. Paris, France : DREES et Santé publique France.

20 Les établissements d'hospitalisation à domicile

En 2016, 313 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont dénombrés en France. 16 300 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, ce qui représente 4,9 % des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire. En matière d'activité, 188 300 séjours pour 4,9 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 5,1 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. En 2016, les 98 établissements associatifs ne proposant que cette forme d'hospitalisation continuent de jouer un rôle prépondérant (49 % des capacités et 52 % des journées). En France, l'HAD reste inégalement répartie sur le territoire, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine concentrant 16 % des capacités de prise en charge et 18 % des journées.

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 permet d'assurer, au lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux, afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR). L'HAD vient ainsi compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète en établissement de santé avec hébergement (voir fiche 4, « Les autres prises en charge hospitalières »).

Les établissements associatifs offrent la moitié des capacités de prise en charge en HAD

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD s'est peu à peu structurée et a connu un essor important à partir du début des années 2000, à la suite de la clarification de son périmètre et de son champ d'application. Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi triplé. Ces dernières années, le nombre d'établissements d'HAD se stabilise, tandis que le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément[1] et celui des journées augmentent. Le rythme s'intensifie en 2016 (respectivement +7,3 % et +6,3 %, contre +3,0 % par an en moyenne entre 2013 et 2015) [Mauro, 2017]. Néanmoins, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2016, 313 établissements peuvent accueillir simultanément 16 300 patients en France métropolitaine et dans les DROM (*tableau 1*), ce qui ne représente que 4,9 % des capacités d'hospitalisation complète de court et de moyen séjour disponibles sur le territoire.

Les établissements d'HAD appartiennent, en majorité, aux secteurs public et privé à but non lucratif. Les 134 établissements du secteur public, dont 121 sont des centres hospitaliers, représentent 26 % des capacités de prise en charge d'HAD. Parmi les 121 établissements du secteur privé à but non lucratif, 98 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation. Ces derniers disposent de la moitié des capacités de prise en charge d'HAD en France (7 900 patients pouvant être pris en charge simultanément en 2016), mais leur poids dans l'offre d'HAD recule entre 2006 et 2016, passant de 56 % à 49 %. Depuis deux ans, le nombre d'établissements associatifs est passé de 112 à 98. Cette baisse est due, en partie, à la fusion de plusieurs établissements au sein d'une seule association pour trois départements de la région Nouvelle-Aquitaine. Le secteur privé à but lucratif,

1. Pour caractériser l'offre d'HAD, le terme « places » a été abandonné au profit de la notion de nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les établissements proposant de l'HAD.

composé de 58 établissements, reste minoritaire, mais son importance progresse régulièrement. Ainsi, entre 2006 et 2016, la part des capacités de prise en charge en HAD de ce secteur est passée de 6 % à 18 % (Mauro, 2017).

L'offre de soins en HAD est inégalement répartie sur le territoire

En 2016, sur les 16 300 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire français, près de 2 900 se situent en Île-de-France, dont 2 600 dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine. Les capacités de prise en charge en HAD de ces deux départements représentent 16 % de l'offre de l'ensemble du territoire et la densité moyenne des capacités est de 68 pour 100 000 habitants (*carte 1*), soit 2,8 fois plus que la moyenne nationale (24 pour 100 000 habitants). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premiers établissements créés en France à la fin des années 1950 sont l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et la fondation Santé Service d'Île-de-France.

Les densités de capacités de prise en charge sont également élevées dans d'autres départements de France métropolitaine, comme les Landes,

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique en 2016

Statut juridique des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément[1]	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours terminés[2] en 2016	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences[3] (en journées)
Secteur public :	**134**	**4 274**	**58,7**	**1 252**	**22**	**15**
CHR	13	1 269	25,3	407	17	11
CH (et autres)	121	3 005	33,4	844	27	19
Secteur privé à but non lucratif :	**121**	**9 166**	**108,2**	**2 909**	**29**	**19**
CLCC	3	236	3,6	85	25	11
Structure associative d'HAD	98	7 945	93,3	2 542	29	20
Autres	20	985	11,2	281	26	19
Secteur privé à but lucratif	**58**	**2 853**	**21,4**	**760**	**38**	**25**
Ensemble	**313**	**16 293**	**188,3**	**4 920**	**28**	**18**

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile.
1. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD reflète leur capacité de prise en charge. Le terme « places », utilisé jusqu'alors, a été abandonné pour ne pas le confondre avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.
2. Environ 175 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2016, soit 93 % des séjours d'HAD.
3. Environ 133 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) sont comptabilisés en 2016, soit 71 % des séjours d'HAD.
Note > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, obstétrique et soins de suite et de réadaptation, hors psychiatrie.
Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Les capacités de prise en charge sont celles déclarées dans la SAE, pour réaliser l'activité d'HAD enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2016 ainsi que ceux terminés ou non en 2016. Les journées sont celles de l'année 2016 (les journées antérieures à 2016 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-HAD 2016 ; DREES, SAE 2016, traitements DREES.

les Pyrénées-Atlantiques ou le Var, où l'HAD existe aussi depuis longtemps. Dans les DROM, la Guadeloupe et la Guyane ont des densités quatre à cinq fois supérieures à la densité nationale. Aujourd'hui, l'HAD en Guyane comble les déficits de l'offre de soins, en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des lits de MCO observée depuis 1997.

À l'opposé, certains départements sont particulièrement sous-dotés en matière de capacités de prise en charge en HAD, malgré la dynamique de ces dix dernières années visant une couverture de l'ensemble des départements. Les départements restants de l'Île-de-France, les Alpes-de-Haute-Provence, les Hautes-Alpes, la Haute-Saône, le Cantal, l'Isère et l'Ardèche affichent ainsi des densités départementales inférieures à 12 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit deux fois moins que la moyenne nationale.

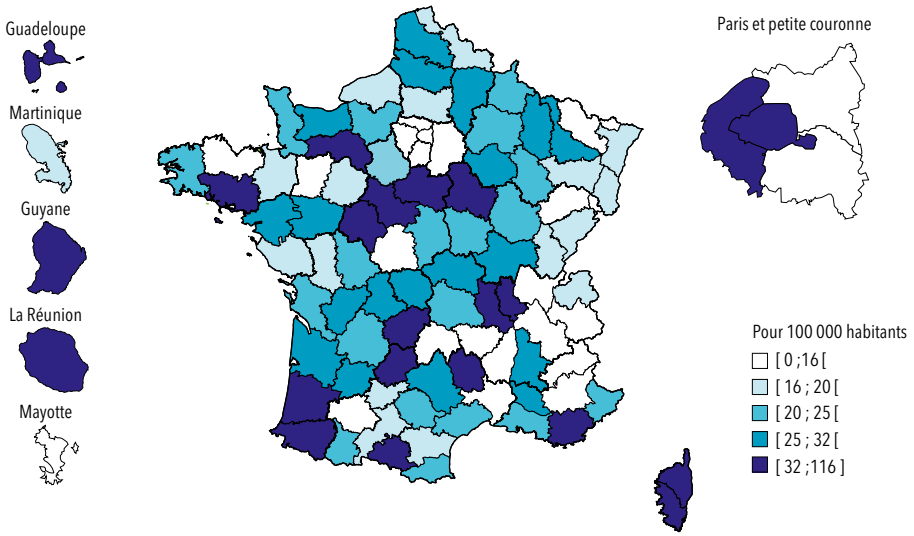
Les séjours sont plus longs dans le secteur privé à but lucratif

En 2016, 188 300 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,9 millions de journées (*tableau 1*), soit 5,1 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. En matière d'activité, la prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore qu'en capacités de prise en charge, avec 52 500 séjours (28 % des séjours) et 905 400 journées (18 % des journées) en 2016.

Le secteur privé à but non lucratif a également plus d'importance en matière d'activité que de capacités. Il prend en charge 58 % des séjours (contre 31 % dans le public et 11 % dans le privé à but lucratif) et réalise 60 % des journées (contre 26 % dans le public et 15 % dans le privé à but lucratif). Cette répartition est, pour l'instant, assez stable dans le temps, même si le privé à but lucratif gagne petit à petit en importance.

Cela s'expliquerait notamment par une plus grande rotation des patients dans les secteurs public et privé à but non lucratif. Les séjours y sont en effet plus courts (respectivement 15 et 19 jours

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile par département en 2016

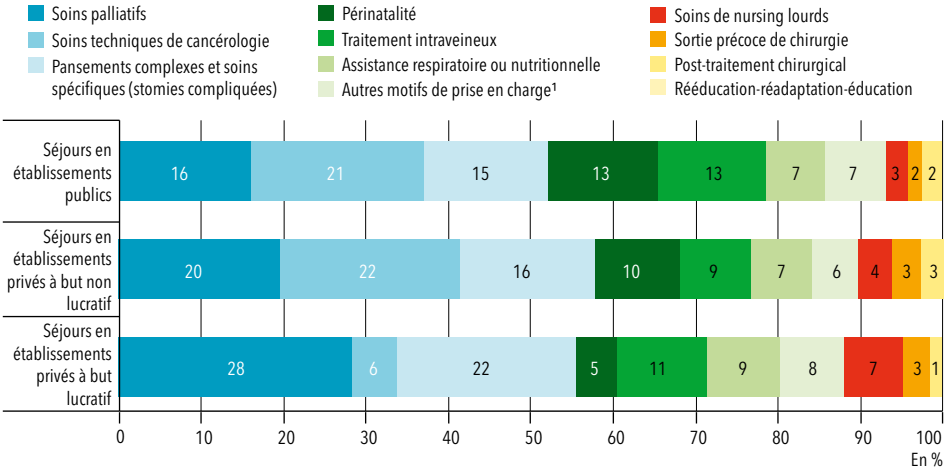


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les capacités de prise en charge sont représentées par le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

en moyenne pour les séjours monoséquences[2]) que dans le secteur privé à but lucratif (25 jours) [*tableau 1*]. Ainsi, la périnatalité et surtout les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours (voir fiche 21, « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les secteurs public et privé à but non lucratif (*graphique 1*).

À l'inverse, les soins palliatifs, les pansements complexes et les soins spécifiques, dont les séjours sont plus longs, sont un peu plus fréquents dans le secteur privé à but lucratif. Dans l'ensemble, tous motifs confondus, la durée moyenne de séjour est de 28 jours pour les séjours terminés en 2016 et de 18 jours si l'on considère seulement les séjours monoséquences. ■

Graphique 1 Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2016



1. Les autres motifs de prise en charge regroupent la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs.

Notes > Les modes de prise en charge principaux représentés ici sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prise en charge existants dans le recueil. Les 6 premiers modes de prise en charge principaux représentent 84 % des séjours d'HAD en 2016. Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours en HAD. Ils représentent 21 % des séjours des établissements publics, 22 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 6 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-HAD 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD en 2016. L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de MCO et de SSR, mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le PMSI et la SAE. Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2016 et ceux non terminés fin 2016. Les journées sont celles de l'année 2016 (sont exclues les journées antérieures à 2016 pour les séjours ayant déjà commencé). •••

2. Un séjour est dit « monoséquence » lorsque le mode de prise en charge reste le même tout au long du séjour.

•••

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. Le PMSI-HAD existe depuis 2005. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Cadrage

D'après la circulaire du 30 mai 2000, « l'HAD concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé ». La circulaire de 2006 rappelle son caractère polyvalent et généraliste. En 2012, des décrets ouvrent son champ d'intervention à tous les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. La circulaire du 4 décembre 2013 indique que le développement de l'HAD s'inscrit dans la stratégie nationale de santé et définit quatre objectifs pour structurer l'offre sur le territoire. Le plan national « Soins palliatifs 2015-2018 » conforte lui aussi la place de l'HAD en fixant des objectifs de prescription pour développer cette prise en charge particulière à tous les établissements de santé.

Définitions

> **Établissement d'HAD** : il peut s'agir d'un établissement autonome ne proposant que ce mode d'hospitalisation ou rattaché à un autre établissement pluridisciplinaire, disposant de services de court et moyen séjour traditionnels.

> **Activité réalisée** : elle peut être comptabilisée en séjours ou en journées.

> **Capacités de prise en charge** : en HAD, l'offre est mesurée par le nombre de patients potentiel maximal que les établissements déclarent pouvoir prendre en charge simultanément, chaque jour, à leur domicile. Auparavant, le terme de « places » était utilisé, par analogie avec le nombre de lits et de places des services d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement. Ce terme de « places d'HAD » est abandonné depuis 2016 par la DREES en raison des limites de cette analogie : prendre en charge un patient supplémentaire en HAD ne pose pas les mêmes questions qu'ouvrir un nouveau lit dans un service de MCO ou de SSR, l'HAD n'étant pas contrainte par une saturation des capacités d'hébergement mais plutôt par le manque de ressources en soignants ou en personnel coordinateur.

> **Durée moyenne de séjour** : elle est calculée à la fois pour les séjours terminés et pour les séjours terminés « monoséquences », c'est-à-dire pour lesquels le mode de prise en charge principal est le même sur l'ensemble des séquences de soins constituant le séjour.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2017, octobre). *Analyse de l'activité hospitalière 2016.* Rapport annuel.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2017, novembre). *Ensemble, construisons l'hospitalisation de demain*. Rapport d'activité 2016-2017.

> **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Dossiers de la DREES,* 23.

21 Les patients hospitalisés à domicile

En 2016, plus de la moitié des patients admis en hospitalisation à domicile (HAD) sont âgés de 65 ans ou plus. Les femmes sont prises en charge plus jeunes, 22 % de leurs séjours étant liés à la périnatalité. Les soins palliatifs, de cancérologie, les pansements complexes et la périnatalité sont les quatre principaux motifs d'admission (deux tiers des séjours). Les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs (50 jours, contre 18 en moyenne, tous motifs confondus) et concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours techniques de cancérologie durent en moyenne 5 jours et 94 % des patients sont autonomes ou faiblement dépendants. Deux tiers des séjours d'HAD sont réalisés au profit de patients provenant d'un établissement de santé avec hébergement.

Depuis sa mise en place en 1957, l'hospitalisation à domicile (HAD) est destinée aux « malades de tous âges – enfants, adolescents, adultes – atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, relèveraient d'une hospitalisation complète ».

L'HAD, activité multiforme, doit s'adapter à des prises en charge variées

Les soins palliatifs, de cancérologie, les pansements complexes et soins spécifiques, et la périnatalité sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD en nombre de séjours (66 % des séjours) [*tableau 1 infra* et *graphique 1* de la fiche 20, « Les établissements d'hospitalisation à domicile »].

La durée des séjours en HAD varie beaucoup suivant le motif d'admission. Les pansements complexes et soins spécifiques, les soins palliatifs, l'assistance respiratoire ou nutritionnelle et les soins de nursing lourds[1] donnent lieu à des séjours bien plus longs, et qui s'adressent à des patients plus dépendants. Si l'on considère les séjours terminés et monoséquences[2], les séjours pour soins de nursing lourds durent en moyenne 50 jours, contre 18 jours pour la moyenne des séjours en HAD. Ils sont cinq fois plus longs qu'un séjour de périnatalité (10 jours) et dix fois plus longs qu'un séjour pour soins techniques de cancérologie (5 jours). En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques (60 %), la surveillance des grossesses à risque (25 %) ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (15 %). Les soins de chimiothérapie anticancéreuse constituent l'essentiel des séjours de cancérologie (71 %), le reste relevant de la surveillance postchimiothérapie.

Le degré de dépendance des patients, lié notamment à leur âge, varie nettement suivant le mode de prise en charge et explique pour partie la durée plus ou moins longue des séjours. En périnatalité ou en cancérologie, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants, alors que les patients en soins de nursing lourds sont, par définition, des malades ayant perdu toute autonomie (*tableau 1*). Les patients en HAD pour assistance respiratoire ou nutritionnelle et pour soins palliatifs sont également parmi les patients les plus dépendants (respectivement 64 % et 74 % moyennement à fortement dépendants).

En 2016, une nouvelle prise en charge est autorisée en HAD, la « sortie précoce de chirurgie » qui permet, grâce à une coopération entre des établissements de chirurgie et d'HAD, de raccourcir certains séjours et d'effectuer un retour à domicile précoce[3].

1. Les soins de nursing lourds regroupent des soins infirmiers dispensés à des malades plus dépendants que pour des soins infirmiers classiques. Les patients sont souvent en perte d'autonomie ou en fin de vie.
2. Un séjour est dit « monoséquence » lorsque le mode de prise en charge reste le même tout au long du séjour.
3. Encore marginale en 2016, cette prise en charge est pour l'instant autorisée pour des suites de chirurgies précises en gynécologie, orthopédie ou chirurgie digestive.

Plus de la moitié des séjours d'HAD sont effectués par des personnes âgées

En 2016, l'HAD concerne des patients de tous les âges, de la naissance à la fin de vie (*graphique 1*). Cependant, même si l'HAD n'a pas pour mission de répondre spécifiquement à leurs besoins, les personnes âgées constituent une population cible de plus en plus importante. En 2016, les patients âgés de 65 ans ou plus totalisent 52 % des séjours (dont 23 % pour les 80 ans ou plus). Les enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans) concentrent, pour leur part, 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons. Pour les femmes, la périnatalité reste le premier motif de prise en charge (22 % des séjours), principalement pour les 25-30 ans (*supra*). Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans

Tableau 1 Répartition des séjours selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission en 2016

Modes de prise en charge principaux regroupés[1]	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours mono-séquences terminés en 2016[3]	Degré de dépendance globale du patient, observé à l'admission			
			Durée moyenne (en journées)	Patients complètement autonomes (en %)	Patients faiblement dépendants (en %)	Patients moyennement dépendants (en %)	Patients fortement dépendants (en %)
Soins techniques de cancérologie	37	288	5	53	42	5	1
Soins palliatifs	37	1 167	24	2	24	38	36
Pansements complexes et soins spécifiques	31	1 357	39	17	43	25	15
Périnatalité	20	206	10	54	38	0	7
Traitements intraveineux	19	365	12	25	46	18	11
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14	586	33	2	34	32	32
Autres motifs de prise en charge[2]	12	235	12	18	46	18	18
Soins de nursing lourds	7	428	50	0	8	47	45
Post-traitement chirurgical	5	149	17	19	60	17	4
Rééducation, réadaptation, éducation	5	136	24	7	46	37	10
Sortie précoce de chirurgie	0,2	3	11	9	49	34	8
Ensemble	**188**	**4 920**	**18**	**24**	**38**	**21**	**17**

1. Les modes de prise en charge principaux sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prise en charge existant dans le recueil.
2. Les autres motifs de prise en charge regroupent la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs.
3. Environ 175 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2016, soit 93 % des séjours d'HAD, et 133 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 71 % des séjours d'HAD.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-HAD 2016, traitements DREES.

(85 % des séjours). Dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent un séjour sur quatre.

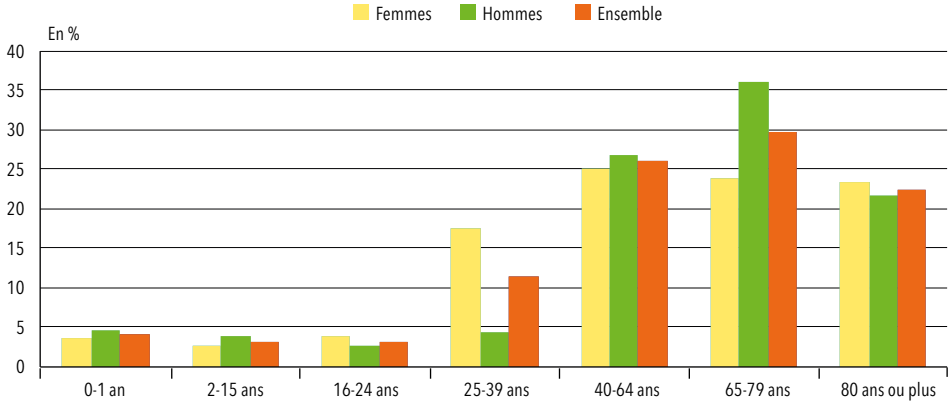
Une hospitalisation en établissement serait raccourcie ou évitée pour près de deux patients sur trois

L'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville, ce qui en fait une activité vraiment multiforme. L'admission et la sortie d'HAD peuvent ainsi être prescrites aussi bien par le médecin hospitalier que par le médecin traitant. Son objectif peut être d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation.

En 2016, d'après les données du PMSI-HAD, pour un tiers des séjours en HAD, les patients sont admis directement depuis leur domicile (*graphique 2*). Pour une très grande majorité d'entre eux, l'HAD éviterait une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 26 % des séjours d'HAD permettent aux patients de demeurer chez eux en fin de séjour. Par ailleurs, à défaut de l'éviter, l'HAD retarderait l'hospitalisation complète pour 6 % des séjours d'HAD, dans la mesure où ces patients ont été transférés en établissement traditionnel à la suite de leur hospitalisation à domicile.

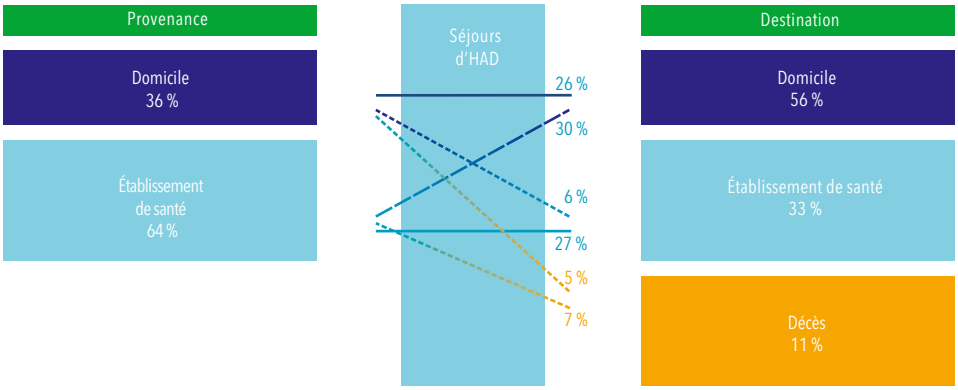
Les deux autres tiers des séjours en HAD concernent des patients qui y ont été admis après une prise en charge en établissement de santé traditionnel. Près de la moitié d'entre eux écourteraient une hospitalisation complète en parvenant à rester à domicile après l'HAD (30 % des séjours en HAD), tandis que pour d'autres, une hospitalisation (6 %) ou une réhospitalisation (27 %) restent nécessaires à la suite de leur séjour en HAD. ■

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2016



Note > Les âges sont ceux observés à l'admission.
Lecture > En 2016, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 18 % des séjours chez les femmes et 4 % chez les hommes.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-HAD 2016, traitements DREES.

Graphique 2 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2016



Lecture > En 2016, 64 % des séjours d'HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 56 % des séjours d'HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 26 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.
Champ > Les 169 982 séjours d'HAD terminés en 2016 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, pour lesquels les informations sur la provenance et la destination sont disponibles dans le PMSI-HAD (97 % des séjours terminés).
Source > ATIH, PMSI-HAD 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD en 2016. L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de MCO et de SSR, mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le PMSI et la SAE. Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2016 et ceux non terminés fin 2016. Les journées sont celles de l'année 2016 (sont exclues les journées antérieures à 2016 pour les séjours ayant déjà commencé).

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. Le PMSI-HAD existe depuis 2005. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Définitions

> **Mode de prise en charge** : il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au patient. 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.

> **Degré de dépendance** : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) à six dimensions : 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 par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2017, octobre). *Analyse de l'activité hospitalière 2016.* Rapport annuel.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2017, novembre). *Ensemble, construisons l'hospitalisation de demain.* Rapport d'activité 2016-2017.

> **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Dossiers de la DREES,* 23.

22 Les établissements de soins de suite et de réadaptation

En 2016, 1 843 établissements déclarent une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) en France métropolitaine et dans les DROM. Ils disposent de 118 000 lits et places dédiés au moyen séjour, soit 25 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. 1,4 million de séjours et 38 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés en SSR, soit 28 % de l'activité hospitalière totale de 2016. L'hospitalisation complète reste prédominante (89 % des capacités). Minoritaire, l'hospitalisation partielle est plus présente dans le secteur privé à but non lucratif. L'Île-de-France et le sud de la France sont les régions les plus dotées en lits et en places.

38,5 % des capacités de SSR relèvent des établissements publics

L'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 843 établissements en France métropolitaine et dans les DROM (*tableau 1*). Un établissement sur deux relève du secteur public, la moitié restante se partageant à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et à but non lucratif. En 2016, ces établissements disposent de 118 000 lits et places répartis pour 38,5 % dans le public, 29,5 % dans le privé à but non lucratif et 32 % dans le privé à but lucratif. Ces 118 000 lits et places représentent 25 % des capacités hospitalières totales (court, moyen et long séjours confondus).

En matière d'activité, 1,4 million de séjours, soit 38 millions de journées, ont été réalisés en SSR, ce qui représente 28 % de l'activité hospitalière totale. La part relative du privé à but non lucratif est un peu moins importante en nombre de journées qu'en nombre de lits et de places (27 %, contre 29 %). Ce phénomène est dû au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de SSR (90 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif (15 % des journées, contre 11 % dans le privé à but lucratif et seulement 7 % dans le public). Ces différences pourraient s'expliquer, en partie, par la diversité des patientèles prises en charge. Par exemple, les patients des établissements privés à but non lucratif s'avèrent en moyenne plus jeunes (voir fiche 23, « La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation »). Enfin, les durées de séjour en hospitalisation complète sont relativement similaires pour tous les secteurs (35 jours en moyenne).

Le personnel non médical est majoritairement soignant

Calculé en équivalent temps plein (ETP), le personnel non médical des établissements de SSR est en moyenne de 0,9 ETP par lit : 0,3 ETP de personnel aide-soignant, 0,3 ETP de personnel infirmier, 0,1 ETP de personnel de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens) et 0,2 ETP d'autres types de personnel (psychologues, diététiciens, personnels éducatifs, assistants de service social, etc.) [*tableau 1*]. Les établissements publics allouent en moyenne deux fois plus d'aides-soignants (0,4 ETP par lit ou place) que les établissements du secteur privé à but lucratif (0,2 ETP par lit ou place). Aux côtés du personnel non médical, le personnel médical compte essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et de réadaptation ainsi que des gériatres.

L'activité de SSR est plus développée en Île-de-France et dans le sud de la France

Au niveau national, la densité moyenne des capacités en SSR s'élève à 465 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus[1]. Les régions métropolitaines qui se distinguent par les densités les plus élevées sont

1. Les séjours des patients de 50 ans ou plus représentent 80 % des séjours de SSR.

la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'Île-de-France, l'Occitanie et la Corse (*tableau 2*). Pour les deux premières, les taux d'hospitalisation standardisés sont également plus élevés que la moyenne. À l'opposé, la Nouvelle-Aquitaine et les Pays de la Loire sont les régions les moins équipées de la Métropole en SSR et leurs taux d'hospitalisation standardisés sont plus faibles. Dans les DROM, la Guadeloupe fait partie des départements les mieux dotés en lits et places de SSR, alors que la Martinique et la Guyane sont moins dotées que les départements métropolitains. Mayotte ne dispose d'aucun établissement de SSR en 2016.

Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales d'offre. Plusieurs régions faiblement dotées en SSR présentent ainsi un solde négatif entre taux d'entrée et taux de fuite. En d'autres termes, ces régions voient plus souvent leurs résidents pris en charge dans d'autres régions qu'elles n'accueillent de patients non résidents. C'est notamment le cas de la région Bourgogne-Franche-Comté qui a tendance à « perdre » des patients. À l'opposé, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur a un solde positif en raison de capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale. Toutefois, l'analyse des capacités d'accueil en SSR par grande région peut être trompeuse. Si dans certaines d'entre elles (comme la région PACA), l'offre de SSR est plutôt homogène, dans d'autres, de fortes disparités départementales existent (*carte 1*). Ainsi, la région Occitanie occupe la troisième place des régions les mieux dotées en lits et en places de SSR, mais les densités infrarégionales sont très hétérogènes : sur les 13 départements qui la composent, 4 ont des densités supérieures à 545 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant au dernier quintile), alors que 6 autres ont des densités inférieures à 410 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus. ■

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements développant des soins de suite et de réadaptation selon leur statut juridique en 2016

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	904	468	471	**1 843**
Nombre de lits et places, dont :	45 372	34 804	37 858	**118 034**
hospitalisation partielle (part en %)	3 351 (7 %)	5 037 (14 %)	4 132 (11 %)	12 520 (11 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	577	435	436	**1 448**
hospitalisation partielle (part en %)	143 (25 %)	146 (34 %)	86 (20 %)	375 (26%)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	14 590	10 349	13 064	**38 002**
hospitalisation partielle (part en %)	962 (7 %)	1 501 (15 %)	1 444 (11 %)	3 907 (10 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés[1] en 2016 (en journées)	34,9	34,0	36,5	**35,2**
Ratio moyen de personnel aide-soignant (ETP par lit)	0,4	0,3	0,2	**0,3**
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit)	0,3	0,2	0,2	**0,3**
Ratio moyen de personnel de rééducation[2] (ETP par lit)	0,1	0,1	0,1	**0,1**
Ratio moyen d'autres types de personnel[3] (ETP par lit)	0,2	0,2	0,1	**0,2**

1. Environ 987 095 séjours d'hospitalisation complète terminés sont dénombrés en 2016, soit 68 % des séjours de SSR.
2. Le personnel désigné comme personnel de rééducation ou rééducateurs comprend les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.
3. Les autres types de personnel sont les psychologues, les diététiciens, les personnels éducatifs, les assistants de service social, etc.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA , y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2016 pour l'activité, traitements DREES ; SAE 2016 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

Tableau 2 Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SSR en 2016 selon la région d'hospitalisation

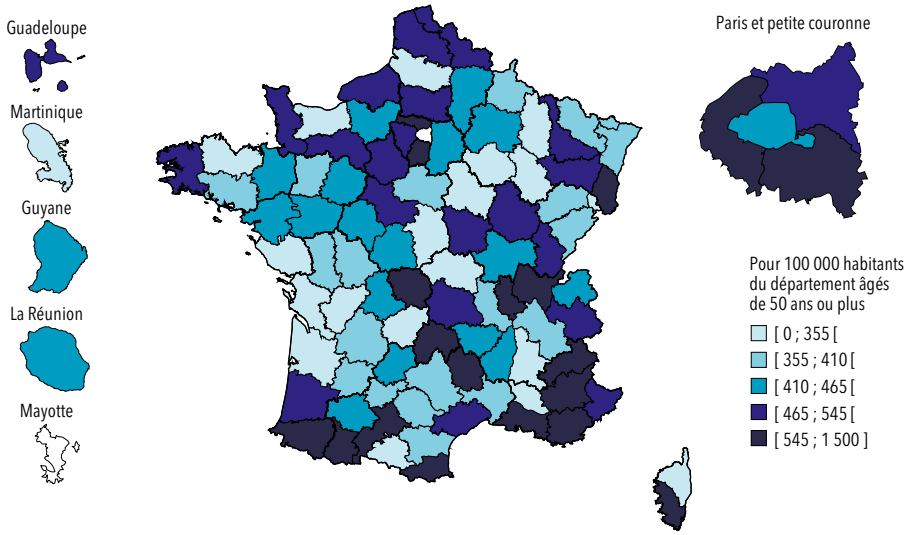
	Densité de lits et de places[1]	Solde sur l'ensemble de l'activité[2]	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national[3]
Île-de-France	520	-1,5	1,03
Centre-Val de Loire	437	-2,2	0,85
Bourgogne-Franche-Comté	425	-3,5	0,96
Normandie	444	-1,2	1,00
Hauts-de-France	459	2,9	1,06
Grand-Est	417	-0,7	1,09
Pays de la Loire	409	-1,3	0,84
Bretagne	419	0,7	1,03
Nouvelle-Aquitaine	409	1,7	0,93
Occitanie	495	3,4	0,97
Auvergne-Rhône-Alpes	457	-0,5	1,03
Provence-Alpes-Côte d'Azur	593	2,9	1,06
Corse	482	-14,9	0,95
Guadeloupe	522	-8,3	1,36
Martinique	354	-3,8	0,84
Guyane	413	-63,4	0,37
La Réunion	455	0,4	1,29
Mayotte	0	-	-
France entière	**465**	-	**1,00**

1. Densité de lits et de places pour 100 000 personnes âgées de 50 ans ou plus.
2. Le solde correspond à la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.
3. Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA , y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2016, traitements DREES ; DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Carte 1 Densité de capacités en lits et en places de SSR en 2016



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA , y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
Sources > DREES, SAE 2016, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, exerçant une activité de SSR en 2016. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaire, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polypathologies, enfants, etc.). Le total des places est déclaré dans la SAE et l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2016 et ceux non terminés fin 2016. Les journées sont celles de l'année 2016 (sont exclues les journées antérieures à 2016 pour les séjours ayant déjà commencé).

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. Le PMSI-SSR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, on considère que le recueil est exhaustif et les données ne sont plus pondérées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Définitions

> **Taux d'entrée** : proportion des séjours des non-résidents d'une région pris en charge dans la région.

> **Taux de fuite** : proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région.

> **Taux d'hospitalisation standardisé** : rapport, pour une région donnée, du nombre de patients résidents hospitalisés (dans la région ou dans une autre région) à la population de la région (taux brut). La standardisation consiste à affecter à la région la structure par sexe et par âge de la France entière.

23 La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation

En 2016, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont réalisé 1,4 million de séjours, soit 38 millions de journées d'hospitalisation, pour 1 million de patients. Les patients en SSR sont âgés (la moitié d'entre eux ont 71 ans ou plus) et sont un peu plus souvent des femmes. Les soins interviennent fréquemment à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardio-vasculaires, de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (pose de prothèses).

Une patientèle plutôt âgée et féminine

En 2016, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) atteint 1,4 million de séjours et 38 millions de journées (*tableau 1*). L'hospitalisation complète reste la principale modalité de soin, mais la part de l'hospitalisation à temps partiel augmente légèrement tous les ans pour atteindre 26 % des séjours en 2016 (contre 19 % en 2010). Les patients de SSR sont majoritairement des femmes (55 %), notamment en hospitalisation complète (58 %). Les séjours en SSR à temps partiel sont toutefois plus souvent effectués par des hommes (54 %).

L'âge moyen des patients de SSR est stable (66 ans), tout comme l'âge médian (71 ans). L'âge moyen des femmes reste plus élevé que celui des hommes (69 ans, contre 61 ans), notamment en hospitalisation complète (74 ans, contre 66 ans). En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours est de 35 jours (voir fiche 22, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »). Elle augmente avec l'âge, pour atteindre 37 jours pour les séjours des personnes âgées de 85 ans ou plus. C'est dans le secteur public que les patients sont les plus âgés (71 ans en moyenne, contre 68 ans dans le privé à but lucratif et 57 ans dans le privé à but non lucratif).

Des patients en majorité autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission en SSR

Les patients qui bénéficient de séjours en hospitalisation à temps partiel présentent moins fréquemment de dépendance, au sens de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ, voir rubrique Définitions dans l'encadré Sources et méthodes). Ainsi, pour 88 % des séjours en hospitalisation partielle, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants à leur admission (contre 53 % des séjours en hospitalisation complète).

La dépendance globale s'améliore entre l'admission et la sortie. Cette évolution repose sur l'amélioration de la dépendance physique, la dépendance cognitive évoluant peu. En hospitalisation complète, le gain d'autonomie est plus élevé pour les patients moyennement dépendants. En hospitalisation à temps partiel, ce gain est plus important pour les patients faiblement dépendants (*graphique 1*).

Les motifs de prise en charge varient selon l'âge du patient et le statut de l'établissement

Les séjours sont majoritairement motivés par des maladies du système ostéo-articulaire (19 %, dont les suites de pose de prothèses pour arthropathie), des lésions traumatiques (14 %, dont les fractures du membre inférieur, du membre supérieur, du rachis mais aussi, parfois, des complications de prothèses ou d'implants) ou encore des affections de l'appareil cardio-vasculaire (12 %, dont l'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques) ou du système nerveux (13 %, dont les syndromes paralytiques). Les troubles de la marche, les démences, les troubles mentaux liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives, ainsi que l'obésité, sont à l'origine de 16 % des séjours (*tableau 2*).

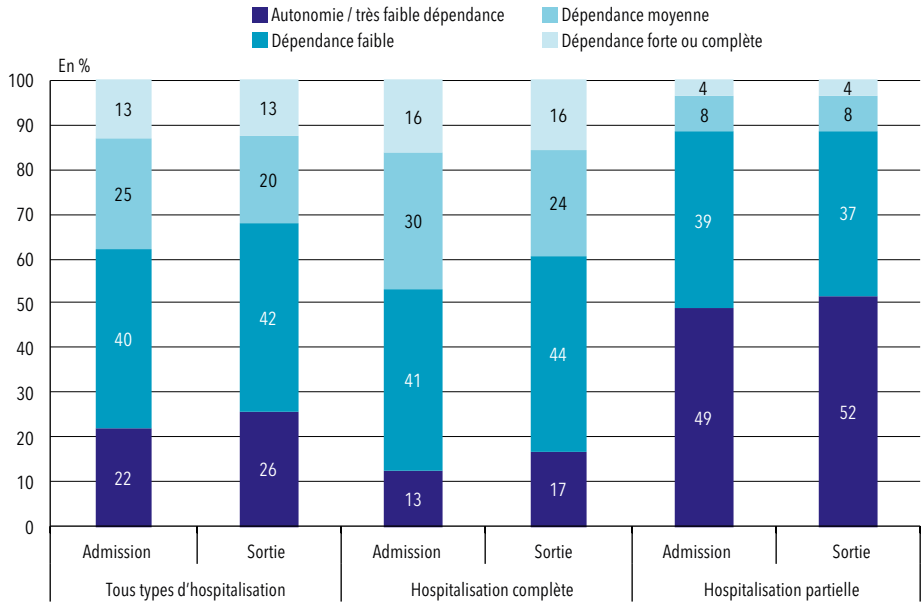
La répartition des séjours varie selon l'âge des patients. Les séjours des patients de moins de 18 ans sont plutôt motivés par la prise en charge de l'obésité, des paralysies d'origine cérébrale et des scolioses. Entre 18 et 34 ans, les séjours concernent davantage les lésions traumatiques (notamment du

Tableau 1 Nombre de séjours et âge moyen à l'admission par sexe et type de séjour en 2016

	Femmes	Hommes	Ensemble
Ensemble des séjours			
Nombre de séjours (en milliers)	790	658	**1 448**
Nombre de séjours (en %)	55	45	**100**
Âge moyen (à l'admission)	69	61	**66**
Âge médian (à l'admission)	76	65	**71**
Séjours d'hospitalisation complète			
Nombre de séjours (en milliers)	617	455	**1 073**
Nombre de séjours (en %)	58	42	**100**
Âge moyen (à l'admission)	74	66	**71**
Séjours d'hospitalisation partielle			
Nombre de séjours en milliers	173	202	**375**
Nombre de séjours (en %)	46	54	**100**
Âge moyen (à l'admission)	52	51	**52**

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.
Source > ATIH, PMSI-SSR 2016, traitements DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours selon le degré de dépendance globale des patients à l'admission et à la sortie, et d'après le type d'hospitalisation, en 2016



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.
Source > ATIH, PMSI-SSR 2016, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2016, selon la morbidité enregistrée à l'admission

Morbidité	Nombre de séjours (en milliers)	Part de la pathologie (en %)						Part des séjours en hospitalisation complète (en %)
		Tous les âges	Séjours des moins de 18 ans	Séjours des 18-34 ans	Séjours des 35-69 ans	Séjours des 70-84 ans	Séjours des 85 ans ou plus	
Affection de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	**175**	**12**	**0**	**2**	**15**	**12**	**12**	**65**
cardiopathies ischémiques	69	5	0	1	9	4	1	40
insuffisance cardiaque	36	2	0	0	1	2	6	85
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	19	1	0	0	2	2	1	77
Affections de l'appareil respiratoire	**59**	**4**	**4**	**1**	**4**	**5**	**5**	**84**
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	**113**	**8**	**20**	**10**	**10**	**5**	**5**	**72**
diabète	17	1	3	0	2	1	0	80
obésité et autres excès d'apport	60	4	16	9	7	1	0	55
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	**209**	**14**	**9**	**21**	**9**	**15**	**23**	**85**
lésions traumatiques	180	12	4	20	7	13	22	86
Maladies du système nerveux, dont :	**182**	**13**	**22**	**20**	**16**	**10**	**6**	**62**
maladies cérébro-vasculaires[1]	18	1	0	0	1	2	2	87
paralysies cérébrales et autres syndrômes paralytiques	123	8	15	16	12	6	3	57
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	**274**	**19**	**17**	**23**	**22**	**21**	**9**	**68**
arthropathies	151	10	5	10	11	15	5	78
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	**171**	**12**	**9**	**7**	**7**	**13**	**20**	**78**
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	94	7	4	3	3	7	13	78
Troubles mentaux, dont :	**120**	**8**	**10**	**10**	**8**	**7**	**9**	**76**
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	39	3	0	0	0	4	6	76
troubles mentaux et du comportement liées à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives	36	2	0	7	6	0	0	89
Tumeurs malignes, dont :	**69**	**5**	**2**	**1**	**5**	**7**	**4**	**97**
organes digestifs	19	1	0	0	1	2	2	99
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	11	1	0	0	1	1	1	99
organes respiratoires et intrathoraciques	10	1	0	0	1	1	0	95
Autres pathologies[2]	**75**	**5**	**8**	**4**	**4**	**5**	**7**	**75**
Non précisé	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**77**
Total	**1 448**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**74**

1. Y compris les accidents ischémiques transitoires et les syndromes vasculaires au cours de maladies cérébro-vasculaires.
2. Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, du sang ; tumeurs bénignes, etc.

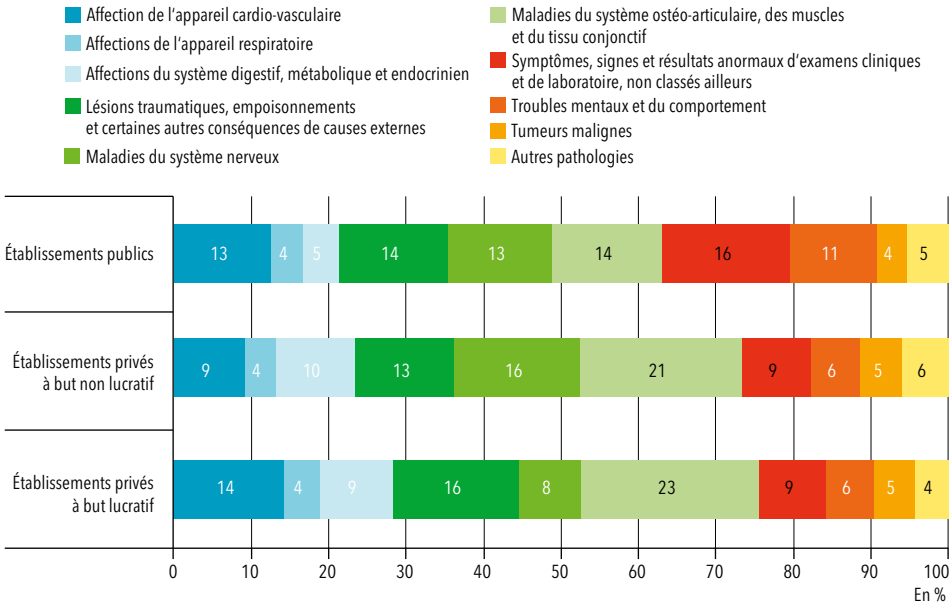
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2016, traitements DREES.

genou), dorsalgies et paralysies d'origine traumatique, mais aussi vasculaire et cérébrale. De 35 à 69 ans, ce sont les soins pour les suites de pose de prothèses pour arthropathie (hanche ou genou) qui prédominent, ainsi que ceux pour les suites d'hémiplégie après des accidents vasculaires cérébraux ou les cardiopathies ischémiques.

Les établissements privés, à but lucratif ou non, et les établissements publics ont des motifs de prise en charge différents (*graphique 2*). Les séjours pour suites de lésions traumatiques ou de maladies du système ostéo-articulaire sont un peu plus répandus dans le secteur privé à but lucratif. Le secteur privé à but non lucratif, lui, prend plus souvent en charge des séjours pour suite de maladies du système nerveux, tandis que dans le secteur public, les séjours relèvent plus souvent des soins de troubles mentaux et du comportement, ainsi que des suites de symptômes divers (dont les chutes et anomalies de la démarche et de la motilité). ■

Graphique 2 Répartition des séjours selon la morbidité enregistrée à l'admission et le statut juridique des établissements de SSR



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.
Source > ATIH, PMSI-SSR 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ
Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, exerçant une activité de SSR en 2016. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaire, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polypathologies, enfants, etc.). Le total des places est déclaré dans la SAE et l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2016 et ceux non terminés fin 2016. Les journées sont celles de l'année 2016 (sont exclues les journées antérieures à 2016 pour les séjours ayant déjà commencé).

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. Le PMSI-SSR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, le recueil est considéré comme exhaustif et les données ne sont plus pondérées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Définitions
Les informations médicales du PMSI-SSR sont la morbidité, principale et secondaire, les actes (de rééducation et médico-techniques) et l'approche de la dépendance des patients.

> **Appréciation de la morbidité principale** : elle repose sur l'association de la finalité principale de prise en charge (FPPC, la nature de la prise en charge qui a motivé l'essentiel des soins), de la manifestation morbide principale (MMP, le problème de santé sur lequel s'exerce le soin) et éventuellement de l'affection étiologique (AE, qui est le problème de santé à l'origine de la MMP).

> **Degré de dépendance** : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ), selon six dimensions : 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 par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2017, octobre). *Analyse de l'activité hospitalière 2016 – édition 2017.*

> **Coquelet, F.** (2015, décembre). Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours. DREES, *Études et Résultats,* 943.

> **Coquelet, F., Valdelièvre, H.** (2011,décembre). Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins. DREES, *Dossiers solidarité et santé,* 23.

24 Les parcours de soins hospitaliers

En 2016, 12,6 millions de patients ont été hospitalisés à une ou plusieurs reprises. Pour 71 % d'entre eux, l'hospitalisation se traduit par un épisode unique au cours de l'année, qui peut correspondre à un seul séjour ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour puis en moyen séjour pour de la rééducation. Les patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année souffrent de pathologies particulières, notamment d'affections du sang ou de tumeurs.

12,6 millions de patients hospitalisés en France en 2016

En 2016, 12 623 000 patients ont été hospitalisés dans l'un des 2 861[1] établissements de santé, publics ou privés, de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). 781 000 y sont nés, 349 000 y sont décédés. Ce décompte a été réalisé à partir des données d'activité détaillées par séjour, 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 et de moyen séjour.

71 % des patients sont hospitalisés pour un épisode unique au cours de l'année

Plus des deux tiers des patients (67 %) n'ont été hospitalisés qu'une seule fois au cours de l'année et pour un seul séjour. Pour 4 % des patients, l'hospitalisation a constitué un épisode de soins unique au cours de l'année, bien que celui-ci ait 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 prises en charge, par exemple en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), puis en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en hospitalisation à domicile (HAD), etc. En revanche, pour un peu plus d'un quart des patients (3 675 000), une nouvelle hospitalisation, voire davantage, a eu lieu à distance du premier séjour ou épisode (*tableau 1*). Les délais entre les épisodes d'hospitalisation se répartissent de la façon suivante : pour 40 % des patients, ils s'établissent entre deux et sept jours, pour 30 % entre huit et trente jours, pour 17 % entre un et trois mois, pour 9 % entre trois et six mois et pour 4 % à plus de six mois.

Les trois grands types de parcours hospitaliers au cours de l'année présentent des caractéristiques différentes. Les séjours uniques relèvent principalement du MCO. Pour près de la moitié des patients ayant connu un épisode de soins hospitaliers unique avec plusieurs séjours (soit 251 000 patients), l'épisode a débuté par un séjour en MCO et s'est poursuivi immédiatement par une prise en charge en SSR. Pour 33 % des patients, le parcours de soins comporte deux séjours en MCO dans deux établissements distincts. Enfin, pour les parcours constitués de plusieurs hospitalisations non contiguës au cours de l'année, les réadmissions ont lieu principalement en MCO. Ce type de parcours effectué exclusivement dans un même champ sanitaire est aussi le plus fréquent pour les patients avec des hospitalisations multiples en psychiatrie.

L'hospitalisation concerne tous les âges de la vie

Les patients sont âgés en moyenne de 48 ans (médiane à 52 ans) : 16 % ont moins de 18 ans, 26 % entre 18 et 44 ans, 40 % entre 45 et 74 ans et 18 % 75 ans ou plus. La proportion de femmes s'élève à 55 %. Elle est naturellement plus élevée pour la maternité, mais aussi pour des pathologies liées à la longévité, comme la cataracte ou les fractures du col du fémur.

1. Il s'agit du nombre d'établissements ayant transmis les données correspondant à leur activité. Quelques établissements de psychiatrie ainsi que certains anciens hôpitaux locaux ne les ont pas fournies. Pour cette raison, ce nombre est inférieur au nombre total d'établissements indiqué dans la fiche 1, « Les grandes catégories d'établissements de santé » (à savoir 3 065).

La prise en charge s'effectue exclusivement en MCO pour 88,7 % des patients, exclusivement en SSR pour 1,1 % d'entre eux, exclusivement en HAD pour 0,1 % et exclusivement en psychiatrie pour 1,9 %. Un million de patients (8,2 %) ont eu une prise en charge en hospitalisation dans différents champs sanitaires en 2016. Les patients ayant connu plusieurs hospitalisations ou un épisode de soins hospitaliers unique avec plusieurs séjours sont en moyenne plus âgés (58 ans, contre 43 ans pour ceux ayant connu un unique séjour d'hospitalisation).

Des parcours de soins selon les groupes de prise en charge

En 2016, 30,6 millions de séjours et épisodes d'hospitalisation ont été réalisés, répartis dans dix-huit groupes médicaux de prises en charge (*tableau 2*). Excepté les traitements itératifs, les affections du sang et les tumeurs de siège diffus (tumeurs avec métastases) constituent le groupe de pathologies concentrant la plus forte proportion de patients ayant connu plusieurs hospitalisations dans l'année (les trois quarts). À l'opposé, le groupe des nouveau-nés, prématurés et

Tableau 1 Caractéristiques des patients en fonction des parcours de soins hospitaliers en 2016

	Ensemble des patients	Patients (en %)	Séjour hospitalier unique	Patients (en %)	Épisode de soins hospitaliers unique	Patients (en %)	Plusieurs hospitalisations dans l'année	Patients (en %)
Nombre de patients	12 622 708	100,0	8 429 316	100,0	518 108	100,0	3 675 284	100,0
Âge moyen, écart-type	48,0 ± 26,4	-	43,2 ± 26,3	-	64,8 ± 25,0	-	56,7 ± 23,7	-
Hommes / Femmes (en %)	44,9 / 55,1	-	44,4 / 55,6	-	40,7 / 59,3	-	46,7 / 53,3	-
Nombre de naissances	781 457	6,2	675 087	8,0	12 472	2,4	93 898	2,6
Nombre de décès	349 072	2,8	112 164	1,3	50 636	9,8	186 272	5,1
Nombre de séjours dans l'année 2016, médiane, p75, p90[1]	1 / 2 / 3	-	1 / 1 / 1	-	2 / 2 / 3	-	3 / 4 / 9	-
Admission exclusivement en MCO[2]	11 200 040	88,7	8 153 387	96,7	169 841	32,8	2 876 812	78,3
Admission exclusivement en SSR	143 639	1,1	109 737	1,3	1 338	0,3	32 564	0,9
Admission exclusivement en HAD	10 288	0,1	9 364	0,1	132	0,0	792	0,0
Admission exclusivement en psychiatrie	236 884	1,9	156 828	1,9	7 724	1,5	72 332	2,0

MCO : médecine, chirurgie, obstérique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.
1. p75 et p90 signifient 75e et 90e percentiles. Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations dans l'année, 75 % ont eu 4 séjours ou moins et 90 % neuf séjours ou moins dans l'année.
2. L'admission exclusivement en MCO correspond aux patients qui ont connu une ou plusieurs hospitalisations en MCO, mais n'en ont pas connu dans un autre champ. Un décompte analogue est effectué pour les SSR, l'HAD et la psychiatrie.
Note > Les colonnes « Patients (en %) » donnent la proportion de patients ayant connu un séjour à l'hôpital dans l'année, pour chaque groupe de parcours de soins hospitaliers.
Lecture > Pour les épisodes de soins hospitaliers, un même patient peut avoir eu, par exemple, un séjour en MCO puis un autre en SSR. Par conséquent, la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients. Il en va de même pour les patients ayant eu plusieurs hospitalisations au cours de l'année.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2016, traitements DREES.

affections de la période prénatale est majoritairement associé à la modalité « hospitalisation unique » (87,3 %). Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations non contiguës, 39 % ont eu des prises en charge relevant du même groupe médical, 43 % des prises en charge relatives à deux groupes distincts et 18 % des prises en charge relevant de trois groupes ou plus. ■

Tableau 2 Groupes médicaux de prises en charge et caractéristiques des parcours de soins hospitaliers

	Nombre de séjours	Hospitalisation unique			Épisode hospitalier unique			Plusieurs hospitalisations		
		Nombre de patients	%	Âge[1]	Nombre de patients	%	Âge[1]	Nombre de patients	%	Âge[1]
Affections du système nerveux	1 438 742	418 711	42,8	52,4	78 835	8,1	70,9	479 699	49,1	58,6
Affections de l'œil	1 054 323	336 372	45,0	65,9	3 318	0,4	63,3	408 316	54,6	71,8
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	932 687	682 953	77,9	24,9	8 265	0,9	43,2	185 154	21,2	42,3
Affections de l'appareil respiratoire	1 016 833	267 523	37,4	50,9	52 288	7,3	69,3	396 342	55,3	61,2
Affections de l'appareil circulatoire	1 927 301	520 841	39,7	63,2	74 040	5,6	73,9	716 084	54,7	68,5
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	3 392 002	1 729 482	63,3	52,9	50 364	1,8	63,2	950 381	34,9	59,3
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	2 480 412	1 015 831	55,6	49,9	177 733	9,7	73,6	634 697	34,7	59,6
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	816 939	405 895	57,3	45,4	20 772	2,9	68,1	282 112	39,8	59,0
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	590 942	209 364	43,6	47,8	18 545	3,9	64,6	251 956	52,5	51,1
Affections génito-urinaires	1 579 471	665 435	55,1	44,0	28 211	2,3	66,2	514 968	42,6	58,3
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 221 450	769 548	76,4	30,0	22 560	2,2	30,4	214 925	21,4	29,9
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	817 241	685 827	87,3	0,0	12 317	1,6	0,0	87 369	11,1	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	548 990	62 073	21,0	54,8	9 678	3,3	69,8	223 339	75,7	59,5
Maladies infectieuses et parasitaires	153 190	42 494	33,1	35,9	9 049	7,0	60,0	76 913	59,9	52,7
Maladies et troubles mentaux	1 150 476	225 898	37,0	46,1	60 457	9,9	54,0	324 765	53,1	47,2
Traumatismes, allergies et empoisonnements	434 328	124 675	41,5	38,5	26 842	8,9	47,6	148 927	49,6	47,4
Autres affections ou prises en charge	1 071 720	237 407	30,2	49,8	58 325	7,4	72,3	489 797	62,4	58,5
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	9 946 722	20 003	3,6	53,9	5 642	1,0	63,9	535 858	95,4	63,9
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	51 260	8 984	30,4	38,8	3 653	12,4	50,4	16 869	57,2	44,0

1. Âge moyen des patients.

Note > Les colonnes « % » donnent la proportion d'hospitalisations uniques, d'épisodes hospitaliers uniques et d'hospitalisations multiples, pour chaque groupe médical.

Lecture > Pour les patients ayant connu plusieurs hospitalisations, le groupe médical de prise en charge peut être différent d'une hospitalisation à la suivante. Par conséquent, la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ
France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Activité d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé, publics ou privés. L'ensemble des séjours réalisés par les établissements pour leur activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (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. Quelques établissements de psychiatrie ainsi que certains anciens hôpitaux locaux n'ont pas transmis les données PMSI correspondant à leur activité.

Source
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 l'annexe 2, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »).

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 et du code sexe correspondant au patient pris en charge. Ce numéro permet le dénombrement des patients distincts hospitalisés au cours de la période considérée. Une seconde information permet, pour un même patient, de reconstituer 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.

Définitions
> **Patients distincts** : ils sont dénombrés à l'aide des numéros alphanumériques pour lesquels les tests de conformité des informations source n'indiquent pas d'erreur (voir *supra*, rubrique Méthodologie).

> **Séjours hospitaliers** : ils débutent le jour de l'admission dans un établissement et se terminent le jour où le patient en sort.

> **Épisodes de soins hospitaliers** : 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 unique de soins hospitaliers. Dans les autres cas, on parle d'hospitalisations distinctes dans l'année. Pour le SSR, l'HAD et la psychiatrie, seuls les séjours ayant effectivement débuté en 2016 ont été pris en compte.

> **Groupes médicaux de prise en charge** : ils ont ici 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 de chaque semaine (SSR), du code de mode de prise en charge principal (HAD) et du diagnostic principal (psychiatrie). L'algorithme de groupage est maintenu par l'ATIH.

Pour en savoir plus

> Consulter le site de l'ATIH, www.atih.sante.fr, rubrique « Accès aux données / Bases de données / Documentation technique / Aide à l'utilisation des informations de chaînage ».

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

25 La naissance : les maternités

Depuis les années 1970, les pouvoirs publics ont pris diverses mesures afin d'encadrer la pratique des accouchements et de réduire les risques pour l'enfant et la mère. Ce nouveau cadre juridique a entraîné un long processus de restructuration et de concentration des maternités, dont le nombre a diminué et la taille augmenté.

Un nouveau cadre juridique en deux étapes

La première étape de restructuration des maternités débute en 1972 avec la parution 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 sont mises en œuvre dans le secteur public.

La seconde étape est amorcée avec la parution des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998. Ces décrets définissent réglementairement trois types de maternités, qui prennent en charge les grossesses selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de ces niveaux de risque, grâce à un suivi prénatal précoce. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007.

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 2016 au profit des maternités de types 2 et 3. Le nombre de maternités est passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 498 en 2016 en France métropolitaine, hors service de santé des armées (SSA)[1].

Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux depuis trente ans, alors que la natalité en France métropolitaine est restée dynamique au cours de 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 à 47 accouchements annuels par lit en moyenne entre 1975 et fin 2016. Parallèlement, la durée moyenne de séjour a diminué. Elle est passée de 8,0 jours en 1975 à 5,3 jours en 1996, puis à 4,6 jours en 2016.

Une part croissante d'accouchements dans les maternités de types 2 et 3

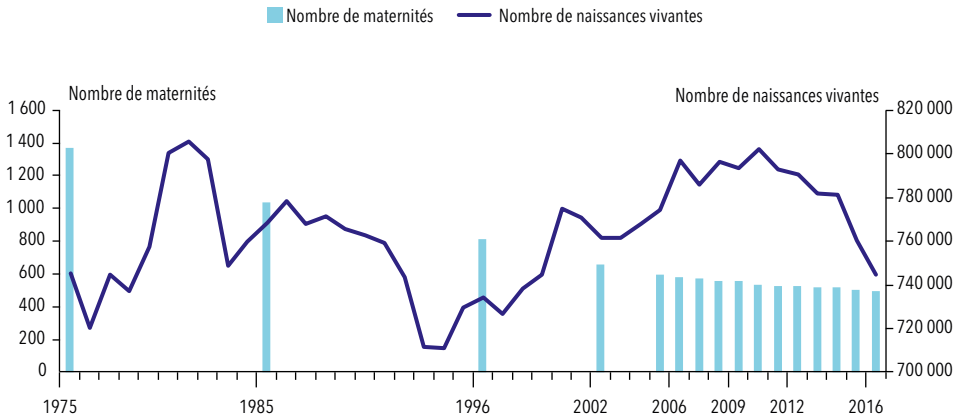
En 2016, 519 maternités sont dénombrées en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA : 221 maternités dites de type 1, 231 de type 2 et 67 de type 3. Elles totalisent 16 300 lits d'obstétrique et ont réalisé 772 000[2] accouchements, dont 765 000 sans décès d'enfant.

Les maternités disposant d'un service de néonatologie ou de réanimation néonatale (types 2 ou 3), qui représentent 57 % des 519 maternités, sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (79 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 73 % des lits et 78 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de types 2 ou 3 (hors SSA) s'élevait à 43 % (*tableau 1*). Quant aux maternités de

1. Les données disponibles pour les années les plus anciennes sont hors DROM et hors SSA.
2. Non compris les accouchements hors établissements et transférés en service obstétrique (environ 4 000 en 2016).

type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2016, contre la moitié en 2002.
La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2016 en France métropolitaine hors SSA, une maternité de type 1 pratique en moyenne 770 accouchements par an, une maternité de type 2, 1 680, et une maternité de type 3, 3 210. La restructuration des maternités conduit donc à des maternités plus spécialisées et plus grandes. En 2016, 38 % des maternités de France métropolitaine, hors SSA, réalisent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (*graphique 2*). Parallèlement, seulement 5 % des maternités prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année, alors que cette proportion était de 12 % en 1996. ■

Graphique 1 Évolution du nombre de naissances vivantes et de maternités de 1975 à 2016



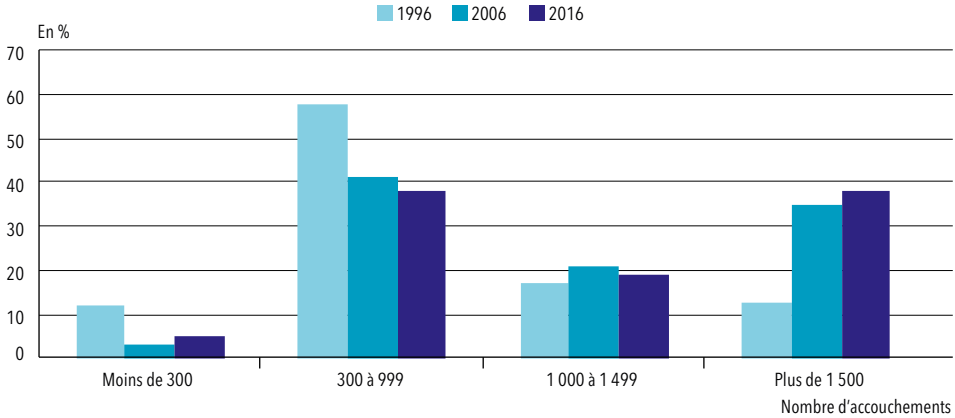
Champ > France métropolitaine, hors SSA.
Sources > Insee, état civil ; DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2016, traitements DREES.

Tableau 1 Répartition des accouchements selon le type de la maternité d'accueil en 1996, 2006 et 2016

	Année	Niveaux de spécialisation			Total
		Type 1	Type 2	Type 3	
Nombre d'établissements	1996	564	250		**814**
	2006	311	208	62	**581**
	2016	214	224	60	**498**
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		**725 337**
	2006	270 601	351 869	162 782	**785 252**
	2016	164 896	375 815	192 554	**733 265**
Part d'accouchements (en %)	1996	57	43		**100**
	2006	34	45	21	**100**
	2016	22	51	26	**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, 2006 et 2016, traitements DREES.

Graphique 2 Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2006 et 2016



Champ > France métropolitaine, hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996, 2006 et 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors centres périnatals de proximité, sauf indication contraire.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le nombre de naissances vivantes provient des données Insee issues de l'état civil.

Définitions

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

> **Type de maternité** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Trois types de maternités sont ainsi définis. Un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2 s'il a un service de néonatologie sur le même site que le service d'obstétrique, 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 néonatologie.

> **Naissances** : en 1977, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit 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, la notion d'enfant sans vie est redéfinie par le décret n° 2008-800 du 20 août 2008. Désormais, 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

> **Arnault, S., Exertier, A.** (2010). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans Chaleix, M., Exertier, A. et Minodier, C. (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

> **Baillot, A., Evain F.** (2012, octobre). Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. DREES, *Études et Résultats*, 814.

> **Baubeau, D., Morais, S., Ruffié, A.** (1999, juillet). Les maternités de 1975 à 1996. Un processus de restructuration sur longue période. DREES, *Études et Résultats*, 21.

> **Blondel, B., *et al.*** (2017, octobre). Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016. Results from the French National Perinatal Surveys. Elsevier Masson, *Journal of gynecology, Obstetrics and Human Reproduction.*

> **Blondel, B., Gonzalez, L., Raynaud, P.** (dir.) (2017, octobre). Enquête nationale périnatale – Rapport 2016 Inserm-DREES. Les naissances et les établissements – Situation et évolution depuis 2010.

> **Buisson, G.** (2003, mars). Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. DREES, *Études et Résultats*, 225.

> **Cour des comptes.** (2014, décembre). *Les maternités.* Rapport.

> **Fresson, J., Vanhaesebrouck, A., Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.

> **Ruffié, A., Deville, A., Baubeau, D.** (1998). État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France. Elsevier Masson, *Journal de gynécologie, obstétrique et de biologie de la reproduction*, 27/2.

26 La naissance : caractéristiques des accouchements

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge des naissances évoluent, notamment grâce à 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 prennent en charge plus des trois quarts des accouchements, bien qu'elles ne représentent qu'un peu plus de la moitié des maternités (57 % en 2016). Par ailleurs, elles accueillent la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la SAE et du PMSI-MCO en 2016, 91 % des naissances multiples et près de 90 % des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et des naissances prématurées ont lieu dans une maternité de type 2 ou 3 (*graphique 1*). Lorsque les patientes se trouvent dans une maternité ne disposant pas d'un environnement adapté à des conditions d'accouchement plus difficiles, elles peuvent être orientées vers des structures de type supérieur. Ainsi, en 2016, 1 050 femmes ont été transférées dans une maternité de type 2 et 1 950 vers une maternité de type 3[1].

Un taux de césariennes stable et modéré par rapport aux autres pays européens

Entre 2000 et 2007, le taux de césariennes a augmenté de manière régulière, passant de 17,4 % à 20,2 %. Depuis, il s'est stabilisé et s'établit à 20,1 % en 2016 (*graphique 2*). À titre de comparaison, en 2015, la France occupait le 10e rang de l'ensemble des pays de l'OCDE (hors Canada et Grèce) pour son taux global de césariennes.

D'un type de maternité à un autre, le taux de césariennes est quasiment équivalent. Il est légèrement plus élevé pour les maternités de type 3 (21,0 %), qui concentrent davantage d'accouchements difficiles. Cela peut indiquer qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de type élevé pratiquent moins souvent de césariennes.

Parmi ces accouchements par césarienne, 68 % sont réalisés en urgence (avant ou au cours du travail) et 32 % ont été programmés. Pour les seuls établissements privés à but lucratif, la proportion de césariennes programmées atteint 40 % (contre respectivement 29 % et 35 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif).

Au total, 6,5 % de l'ensemble des accouchements pratiqués en 2016 sont des césariennes programmées. Si l'on se restreint aux seuls accouchements à terme[2], ce ratio s'établit à 6,6 %[3] (8,9 % au sein des établissements privés à but lucratif).

Une augmentation des naissances multiples

Si la part des accouchements uniques est largement majoritaire (plus de 98 %), la proportion d'accouchements multiples a progressé lentement mais régulièrement entre 1997 et 2016. Alors qu'ils représentaient 1,4 % de l'ensemble des accouchements en 1997, leur part s'établit à 1,7 % en 2016. Cette augmentation est liée au développement de la

1. Il s'agit du nombre de femmes transférées pour accouchement, dans le cadre d'une hospitalisation, dans un autre établissement de MCO. Depuis la refonte de la SAE en 2013, ce nombre est calculé à l'aide du PMSI-MCO. Avant la refonte de la SAE, les femmes transférées depuis une consultation externe étaient également comptabilisées.
2. Un accouchement est dit « à terme » lorsqu'il intervient à 37 semaines d'aménorrhée ou plus.
3. Ce ratio correspond au nombre de césariennes programmées à terme rapporté au nombre total des accouchements à terme. En 2015, il s'établissait à 6,8 % (9,3 % pour les établissements privés à but lucratif). Le chiffre de 6,3 % en 2015, communiqué dans l'édition 2017 de cet ouvrage, était calculé suivant une méthode un peu différente, rapportant les césariennes programmées à terme au nombre total d'accouchements, à terme ou non.

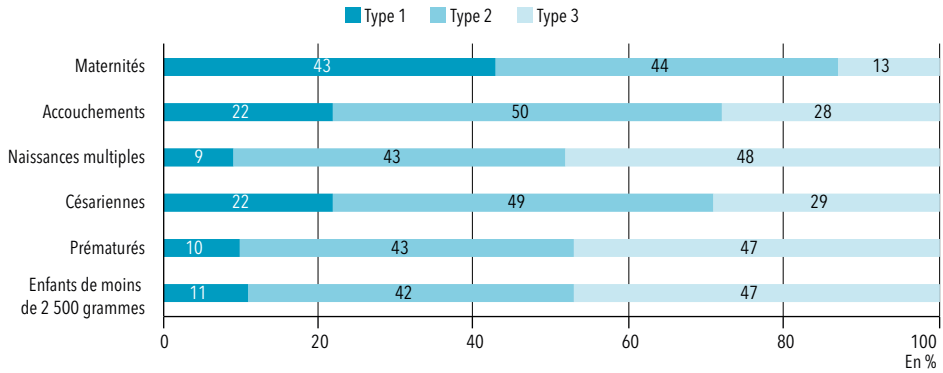
procréation médicalement assistée (PMA) et à l'augmentation de l'âge moyen de la maternité.

Des séjours plus courts

En 2016, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est inférieure à 5 jours, soit une baisse de près de 1 journée par rapport à 2003 (*tableau 1*). Cette diminution s'applique aussi bien au secteur public qu'au secteur privé. Par ailleurs, sur l'ensemble des accouchements, il n'y a pas de différence notable de durée moyenne de séjour selon le statut de l'établissement.

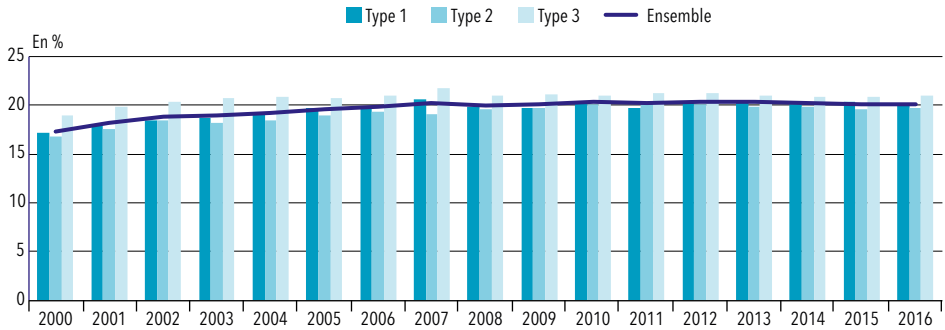
En revanche, le mode d'accouchement influe grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne, tous secteurs confondus, est de 6,4 jours en 2016, contre 4,2 jours pour un accouchement par voie basse. La durée moyenne d'un séjour pour accouchement par césarienne dans le secteur public est supérieure de près de 1 jour (6,7 jours en 2016) à celle du secteur privé non lucratif (5,7 jours) ou du secteur privé lucratif (5,8 jours). Pour les deux modes d'accouchement, les durées moyennes de séjour baissent depuis 2003. ■

Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2016



Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources : DREES, SAE 2016 ; ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution des taux de césariennes par type de maternité entre 2000 et 2016



Champ : Ensemble des accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte depuis 2011), y compris le SSA.
Sources : DREES, SAE 2000-2016, traitements DREES.

Tableau 1 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	2016	2003	2016	2003	2016	2003	2016
Accouchements par voie basse	4,9	4,3	4,9	4,1	5,0	4,1	4,9	4,2
Accouchements par césarienne	8,3	6,7	7,8	5,7	7,6	5,8	8,0	6,4
Ensemble des accouchements	**5,5**	**4,7**	**5,5**	**4,4**	**5,5**	**4,5**	**5,5**	**4,6**

Champ > Accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte en 2016), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003 et 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ
Maternités de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors centres périnatals de proximité, mais y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources
La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées 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.

Définitions
> Maternités : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique.

> Types de maternité : les décrets de 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 maternité sont ainsi définis : un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2 s'il a un service de néonatologie sur le même site que le service d'obstétrique et de type 3 s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de néonatologie et d'un service de réanimation néonatale.

> Accouchements : en cas de naissance multiple, un seul accouchement est comptabilisé.

Pour en savoir plus

> **Arnault, S., Exertier, A.** (2010). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans Chaleix, M., Exertier, A. et Minodier, C. (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

> **Baubeau, D., Buisson, G.** (2003, décembre). La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001. DREES, *Études et Résultats*, 275.

> **Blondel. B., *et al.*** (2017, octobre). Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016. Results from the French National Perinatal Surveys. Elsevier Masson : *Journal of gynecology, Obstetrics and Human Reproduction.*

> **Blondel, B., Gonzalez, L., Raynaud, P.** (dir.) (2017, octobre). Enquête nationale périnatale – Rapport 2016 Inserm-DREES. Les naissances et les établissements – Situation et évolution depuis 2010.

> **Coulm, B., Blondel, B.** (2013, février). Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. Elsevier Masson : *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction,* 42/1.

> **Fourcade, N., Lennep (von), F., Grémy, I., Bourdillon, F.** (dir.) (2017, mai). *L'état de santé de la population en France.* Rapport 2017. Paris, France : DREES et Santé publique France.

> **Fresson, J., Vanhaesebrouck, A., Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.

> **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)** (2017, novembre). *Panorama de la santé 2017. Les indicateurs de l'OCDE.*

> **Séjourné, N., Callahan, S.** (2013, avril). Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans péridurale. Elsevier Masson : *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction,* 42/2.

27 La médecine d'urgence

En 2016, en France métropolitaine et dans les DROM, 719 structures des urgences situées dans 641 établissements de santé ont traité 21,0 millions de passages, soit une progression de 3,5 % par rapport à 2015. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 103 Samu et 399 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Le secteur public fournit 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). Si leur état le nécessite, les patients sont ensuite 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. Dans certains territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du Samu (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale. Les structures d'urgence accueillent également les patients se présentant directement, de leur propre initiative ou sur avis médical.

L'organisation de la médecine d'urgence

En 2016, en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), 641 établissements de santé ont une autorisation d'accueil des urgences pour un total de 719 structures (un établissement pouvant avoir une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques). À ces établissements s'ajoutent 399 SMUR[1] et 103 Samu (*tableau 1*).

La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public, qui concentre 77 % des structures des urgences, 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, eux, 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 719 structures des urgences et 7 % des SMUR ont une autorisation d'urgences pédiatriques. Dans une structure des urgences générales, les enfants peuvent être pris en charge dans une filière de soins spécifique, en collaboration avec une structure de pédiatrie. Ainsi, les patients de moins de 18 ans représentent 22 % des passages accueillis dans les structures des urgences générales. Par ailleurs, si 23 % des structures des urgences relèvent du secteur privé, à but lucratif ou non, c'est le cas de 5 % seulement de celles autorisées en pédiatrie.

Un nombre annuel de passages en hausse

En 2016, les 719 structures des urgences de France métropolitaine et des DROM (y compris

1. Dans l'édition 2017 de cet ouvrage, 410 sièges de SMUR étaient dénombrés en 2015, mais 10 d'entre eux étaient en réalité des antennes SMUR, et non des SMUR.

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé sièges de services d'urgences en 2016 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
Structure générale	389	34	124	547
Structure générale et pédiatrique[1]	74	4	0	78
Structure pédiatrique	15	1	0	16
Ensemble	**478**	**39**	**124**	**641**
SMUR[2]				
SMUR général	364	6	1	371
SMUR général et pédiatrique	21	0	0	21
SMUR pédiatrique	7	0	0	7
Ensemble	**392**	**6**	**1**	**399**
Samu	**103**	**0**	**0**	**103**

1. Les 78 établissements comportant une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques totalisent 156 structures d'urgences.
2. La diminution apparente du nombre de SMUR entre 2015 et 2016 provient de la classification par erreur en 2015 d'antennes en SMUR généraux.
Note > Une structure des urgences est dite générale si elle accueille des adultes et des enfants et exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants. 78 établissements ont une autorisation pour les urgences générales et pédiatriques.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de passages aux urgences en 2016 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	2016	Évolution 2015-2016 (en %)	2016	Évolution 2015-2016 (en %)
Structures générales	**11 155 951**	**3,5**	**778 779**	**5,7**	**2 765 332**	**5,2**	**14 700 062**	**3,9**
Structures pédiatriques	**637 875**	**2,3**	**58 955**	**-1,3**	**0**	**-**	**696 830**	**2,0**
Structures générales et pédiatriques	**5 342 240**	**2,4**	**252 480**	**2,7**	**0**	**-**	**5 594 720**	**2,4**
urgences générales	3 716 193	2,0	152 715	2,9	0	-	3 868 908	2,1
urgences pédiatriques	1 626 047	3,3	99 765	2,4	0	-	1 725 812	3,2
Ensemble	**17 136 066**	**3,1**	**1 090 214**	**4,6**	**2 765 332**	**5,2**	**20 991 612**	**3,5**

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2015-2016, traitements DREES.

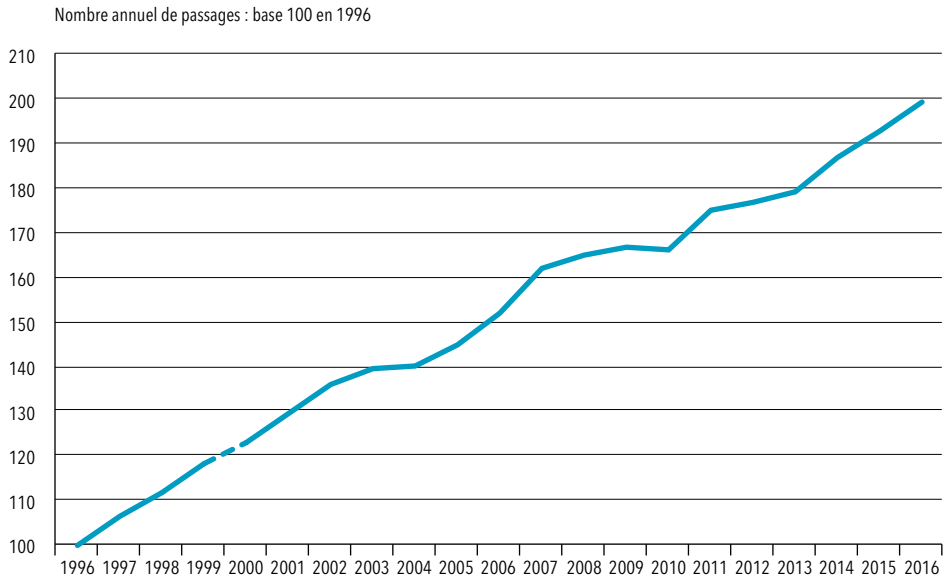
Mayotte), y compris le SSA, ont pris en charge 21,0 millions de passages, soit une progression de 3,5 % par rapport à 2015 (*tableau 2*). Sur plus longue période, le nombre annuel de passages continue de progresser à un rythme régulier. Pour la France métropolitaine, hors SSA, le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions en 1996. Il est depuis en augmentation de 3,5 % en moyenne chaque année, excepté en 2010 (*graphique 1*).

La part des passages aux urgences du secteur privé (à but lucratif ou non) est stable depuis 2010 et s'établit à 18 % en 2016. La permanence des soins est en effet ouverte à l'ensemble des établissements de santé depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires (2009), y compris aux cliniques privées.

Des structures majoritairement de petite taille

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 29 000 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques (26 000 passages par an en moyenne) que dans les structures des urgences générales (29 800 passages par an). 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 22 000 passages annuels, contre 32 000 dans le secteur public. Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 20 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et 63 %, moins de 30 000. À l'opposé, 22 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 42 % de l'ensemble des passages. ■

Graphique 1 Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Note > Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.
Champ > France métropolitaine, hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996-2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ
Établissements publics et privés de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), bénéficiant en 2016 d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R6123-1 à R6123-32 du Code de la santé publique).

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 des bordereaux « structures des urgences » et « Samu SMUR » de la SAE rénovée en 2013. Des corrections ont été apportées aux réponses brutes déclarées par les établissements, notamment concernant les autorisations.

Définition
> **Nombre de passages aux urgences pour l'année** : il inclut l'ensemble des arrivées, quels que soient les modes d'arrivée et de sortie. Sont pris en compte les passages aux urgences déclarés par les établissements ayant l'autorisation pour les activités d'urgences générales et pédiatriques. Ne sont pas pris en compte ceux déclarés par les établissements sans autorisation et les structures d'urgences spécialisées.

Pour en savoir plus

> **Baubeau, D., Carrasco, V.** (2003, janvier). Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES, *Études et Résultats*, 212.

> **Boisguérin, B., Brilhault, G., Ricroch L., Valdelièvre, H., Vuagnat, A.** (2015). Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES. Dans Boisguérin, B. et Brilhault, G. (coord.). *Le Panorama des établissements de santé – édition 2014* (p. 31-47). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

> **Boisguérin, B., Valdelièvre, H.** (2014, juillet). Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES, *Études et Résultats*, 889.

> **Lennep (von), F.** (dir.) (2015, juin). *Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières.* Actes du colloque du 18 novembre 2014. DREES, *Dossiers solidarité et santé*, 63.

> **Ricroch, L., Vuagnat, A.** (2017, février). Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. DREES, *Études et Résultats*, 997.

> **Ricroch, L.** (2016, septembre). Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers. DREES, *Études et Résultats*, 973.

> **Ricroch, L., Vuagnat, A.** (2015, août). Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. DREES, *Études et Résultats*, 929.

> **Ricroch, L.** (2015, mars). Les urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité. DREES, *Études et Résultats*, 906.

> **Vuagnat, A.** (2013). Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Dans Boisguérin, B. et Brilhault, G. (coord.). *Le Panorama des établissements de santé – édition 2013* (p. 9-28). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

28 Les interruptions volontaires de grossesse

En 2016, 172 800 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en établissement de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte, non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy). S'y ajoutent les 36 700 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville et les 2 400 IVG réalisées en centre de santé, centre de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009, le total représentant 211 900 IVG en 2016. En établissement, 84 IVG sur 100 sont pratiquées à l'hôpital public.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 14,4. Il varie significativement d'un département à l'autre : de 9 IVG en Vendée ou dans les Deux-Sèvres à plus de 25 dans certains DROM (*carte 1*). Il s'élève à 20 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans à La Réunion, 26 à Mayotte, 27 en Martinique et en Guyane et 34 en Guadeloupe. En Métropole, l'Île-de-France et tout le Sud-Est se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne.

Un taux de recours constant et une progression de la méthode médicamenteuse

Après une période de stabilité au début des années 2000, le nombre d'IVG a augmenté en 2013 pour diminuer depuis (*graphique 1*). Le taux de recours à l'IVG, demeuré stable depuis 2006, baisse légèrement depuis 2014 (*graphique 2*). L'indice conjoncturel d'IVG, correspondant à la somme des taux d'IVG de chaque âge, permet d'évaluer le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux 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, s'élève à 0,52 IVG par femme en 2016. En légère baisse depuis 2014, il a peu varié depuis 2006.

Le nombre d'IVG continue de diminuer en milieu hospitalier en raison 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. Au total, en ville ou en établissement, la méthode médicamenteuse est utilisée dans 64 % des IVG, contre 47 % en 2006.

Une IVG médicamenteuse sur quatre est réalisée hors structure hospitalière

En 2016, 36 749 IVG médicamenteuses ont été pratiquées en cabinet de ville (tous régimes d'Assurance maladie confondus, y compris le régime agricole et celui des indépendants) et 2 359 en centre de santé ou en CPEF, soit 18 % du total des IVG et 29 % des IVG médicamenteuses. Mais cette proportion demeure très inégale selon les régions. Les IVG en centre de santé sont encore très peu nombreuses, puisqu'elles ne représentent que 1,1 % du total des IVG en 2016. Leur diffusion est par ailleurs limitée. La moitié d'entre elles ont eu lieu en Île-de-France, alors que cette région totalise moins du quart de l'ensemble des IVG.

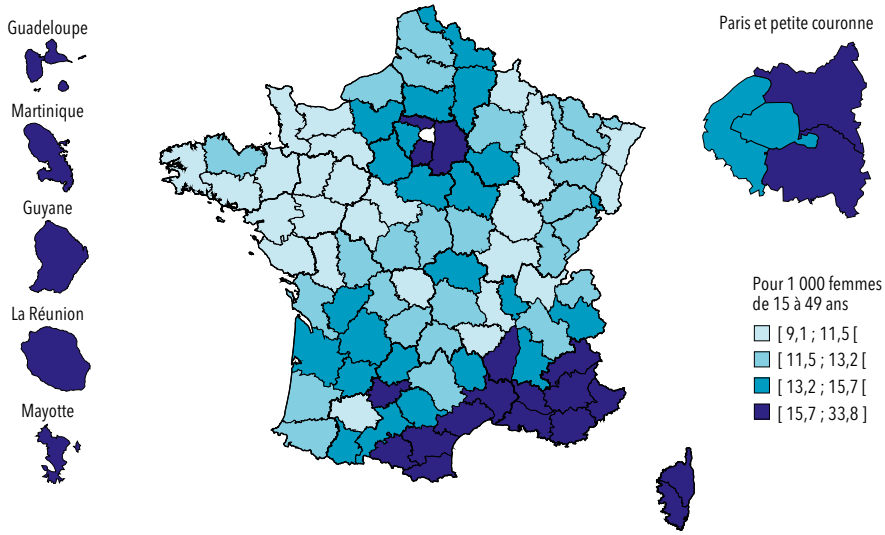
En 2016, la prise en charge des IVG a été assurée par 558 établissements[1], dont deux tiers sont des établissements publics. La part de ce secteur dans la prise en charge des IVG en établissement continue de croître. En 1990, 60 % des IVG étaient pratiquées dans le secteur public contre 84 % en 2016. Seuls 7 départements comptent moins de 2 IVG hospitalières sur 3 prises en charge par le secteur public, essentiellement dans le Sud (*carte 2*).

1. Les établissements réalisant des IVG sont comptabilisés ici selon leur site géographique, tandis que l'*Études et Résultats* 1013 comptabilise les sites juridiques ayant réalisé des IVG (-38 sites). Par ailleurs, une IVG correspond dans le PMSI à un groupe homogène de malades (GHM) d'IVG, alors que pour la SAE les établissements peuvent fournir un autre nombre d'IVG s'ils considèrent que le nombre de GHM d'IVG ne correspond pas au nombre d'IVG réalisées.

Plus de 1 300 praticiens conventionnés pratiquent des IVG dans leur cabinet

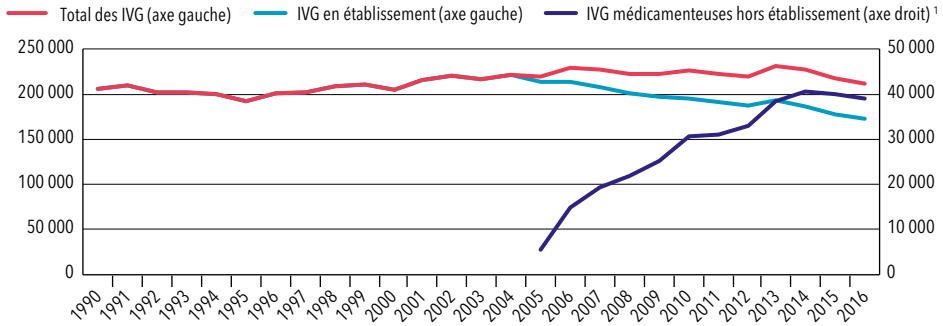
Les données de la CNAM répertorient 750 gynécologues et 571 omnipraticiens ayant réalisé au moins une IVG dans leur cabinet de ville en 2016. 107 centres de santé, centres de planification ou d'éducation familiale ont été remboursés d'au moins un forfait de prise en charge des frais relatifs à l'IVG. Les sages-femmes demeurent encore peu impliquées, avec seulement 77 forfaits concernant des IVG (moins de 1 %). ■

Carte 1 Les recours à l'IVG en 2016



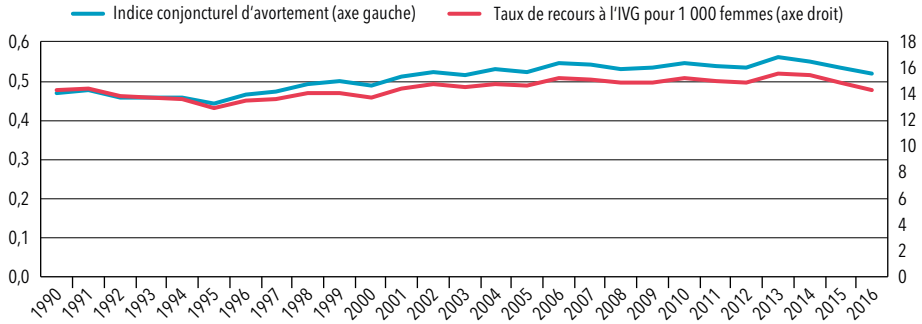
Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016 ; CNAM, Sniiram, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1er janvier 2016.

Graphique 1 Évolution du nombre d'IVG depuis 1990



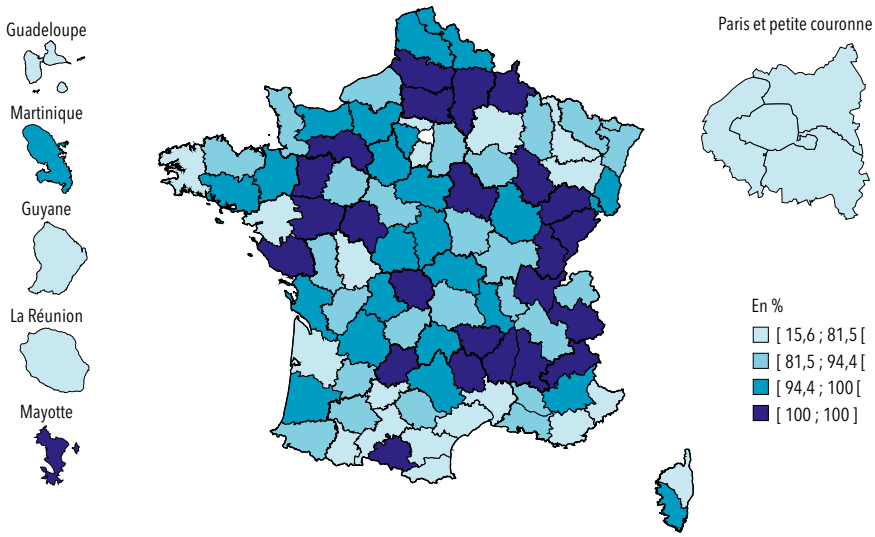
1. Forfait médicaments de ville (FMV) : de 2005 à 2009, selon la date de liquidation et le régime général ; à partir de 2010, selon la date de soins et tous régimes confondus.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte depuis 2012), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM, Sniiram (forfait médicaments de ville, tous régimes confondus), traitements DREES.

Graphique 2 Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans et indice conjoncturel d'avortement (ICA) depuis 1990



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 DROM, hors Mayotte jusqu'en 2013, y compris le SSA, mais non compris la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) jusqu'en 2009.
Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM, Sniiram, traitements DREES ; Insee, estimation de la population.

Carte 2 Part du secteur public parmi les IVG réalisées en établissement en 2016



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, SAE 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ
France métropolitaine et DROM (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources
La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé et, pour les IVG, l'activité et les personnels travaillant au sein des services. Le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) permet de recueillir des données individuelles, avec des indications sur l'âge de la femme et son lieu de domicile. La CNAM (Sniiram) recueille le nombre de forfaits remboursés concernant des IVG réalisées en cabinet libéral, en centre de santé et en centre 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.

Cadrage
La loi du 4 juillet 2001 a introduit une première modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est pratiquée en établissement depuis 1989. La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville jusqu'à 5 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. Tous les actes nécessaires pour réaliser une IVG sont remboursés à 100 % à partir du 1er avril 2016. Les sages-femmes peuvent pratiquer une IVG médicamenteuse depuis le décret d'application de juin 2016.

Pour en savoir plus

> **Fourcade, N., Lennep (von), F., Grémy, I., Bourdillon, F.** (dir.) (2017, mai). *L'état de santé de la population en France.* Rapport 2017. Paris, France : DREES et Santé publique France.

> **Vilain, A.** (2017, juin). 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. DREES, *Études et Résultats,* 1013.

> **Vilain, A.** (2009, décembre). Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. DREES, *Études et Résultats,* 712.

> L'interruption volontaire de grossesse (IVG) (2011). La Documentation française, *La Revue française des affaires sociales*, 2011/1.

29 La qualité des soins et la sécurité du patient dans les établissements de santé

La qualité des soins est une notion multidimensionnelle dont l'évaluation à partir d'indicateurs repose sur trois grandes catégories : les indicateurs de structure, de processus et de résultats. Depuis 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) développe, valide et met à disposition ce type d'indicateurs, outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les établissements de santé.

Définir, mesurer et améliorer la qualité des soins pour informer les patients et éclairer le pilotage de l'offre de soins

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité des soins comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». La qualité des soins est donc une notion multidimensionnelle. Son évaluation doit s'appuyer sur plusieurs types d'indicateurs, examinant des aspects complémentaires. Une typologie communément admise distingue trois catégories d'indicateurs :

- les indicateurs de structure, qui mesurent les moyens mis en œuvre (gestion des ressources humaines, matérielles, financières, organisation des services) durant le processus de soins ;
- les indicateurs de processus, qui mesurent la qualité des pratiques d'une activité de soins et le respect des recommandations et bonnes pratiques professionnelles ;
- les indicateurs de résultats, qui mesurent directement, à l'issue des soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en matière d'efficacité, de satisfaction et de sécurité.

L'amélioration de la qualité des soins est un objectif à part entière du système de soins. En outre, la complexification du système de soins, la variabilité des pratiques, la multiplicité des techniques, des innovations et des connaissances font apparaître un double besoin : d'information et de plus grande transparence pour les personnes qui y ont recours, et d'aide à la décision pour les régulateurs de soins, à l'échelle régionale ou nationale, notamment par des indicateurs de qualité des soins fiables et comparables dans le temps.

Les IQSS : un dispositif national d'évaluation et de suivi de la qualité des soins

Depuis 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) met à disposition des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)[1]. Ces IQSS, développés et validés avec les professionnels de santé, les patients et les usagers, permettent de réaliser des comparaisons interétablissements et servent d'outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les établissements de santé. Ils servent également de données comparatives à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) à des fins de régulation aux niveaux régional et national, notamment dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)[2] ou le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq). Ils visent aussi à répondre à l'exigence de transparence envers les usagers par leur diffusion publique.

1. Les indicateurs de la HAS n'intègrent pas la dimension économique (« au meilleur coût pour un même résultat »), pour des raisons de faisabilité. Ils se concentrent sur les objectifs d'efficacité, de sécurité et de satisfaction.
2. Cela concerne aussi bien les CPOM signés par les établissements avec leur ARS, que ceux signés entre les ARS et leur ministère de tutelle.

Ce dispositif national met à disposition des établissements de santé divers indicateurs de structure, de processus et de résultats, calculés à partir de sources de données variées comme les questionnaires *ad hoc* auprès des établissements ou des patients, le dossier patient ou le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Évolutif, ce dispositif est un observatoire de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé français.

45 IQSS répartis en 13 thèmes, mesurés en partie chaque année

Actuellement, les IQSS sont au nombre de 45 et ne sont pas tous mesurés chaque année. Ils se répartissent en 13 thèmes cliniques abordant des domaines différents de la qualité et de la sécurité des soins (*tableau 1*). Des indicateurs de structure sont déployés uniquement sur le thème des infections associées aux soins (IAS) [voir fiche 30, « La lutte contre les infections associées aux soins »]. Pour les autres thèmes, ce sont principalement des indicateurs de processus qui sont mesurés. Enfin, les indicateurs de résultats, plus récents, concernent pour l'instant la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO et les complications thrombo-emboliques après la pose de prothèse totale de hanche ou de genou.
D'autres indicateurs de ce type sont en cours de développement et de déploiement national par la HAS, notamment sur le thème de la chirurgie ambulatoire.

Quatre thèmes de spécialité clinique concernés par les indicateurs de processus portant sur des données 2016

La prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (4e recueil obligatoire)

Chaque année, environ 130 000 personnes sont victimes d'un AVC en France : 40 000 en décèdent et 30 000 en gardent des séquelles lourdes. L'AVC est une pathologie aiguë à son début, qui nécessite une prise en charge en urgence pour réduire les risques de séquelles et de décès. 26 008 dossiers de patients hospitalisés pour un AVC ont été audités par 550 établissements. L'analyse des résultats montre que les

Tableau 1 Classification thématique des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS

Libellé du thème	Nom abrégé	Nombre d'IQSS
Dossier du patient en MCO	DPA-MCO	4
Dossier du patient en SSR	DPA-SSR	4
Dossier du patient en HAD	DPA-HAD	5
Dossier du patient en santé mentale adulte	DPA-PSY	3
Dossier d'anesthésie	DAN	2
Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	RCP	1
Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral	AVC	6
Prise en charge des patients hémodialysés chroniques	DIA	5
Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum	PP-HPP	3
Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte	OBE	5
Infections associées aux soins	IAS	5
Satisfaction des patients hospitalisés	e-Satis	1
Complications après PTH/PTG[1]	ETE-ORTHO	1

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.
1. PTH : prothèse totale de hanche (hors fracture) / PTG : prothèse totale de genou.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

deux composantes de la prise en charge que sont l'évaluation par un professionnel de la rééducation et l'expertise neuro-vasculaire (*tableau 2*) sont réalisées dans près de 80 % des séjours analysés.
L'inscription des patients dans une « filière AVC » améliore la qualité de la prise en charge. Pour l'ensemble des indicateurs, les 139 établissements disposant d'une unité neuro-vasculaire (UNV) ont de meilleurs résultats que les établissements sans UNV (délais de prise en charge, etc.). Ceux disposant du télé-AVC[3] obtiennent aussi de meilleurs résultats que ceux ne disposant ni d'UNV ni du télé-AVC.

Tableau 2 Indicateurs de processus pour la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé, moyennes nationales pondérées

En %

Indicateurs de processus par thèmes recueillis sur 2016	2012	2014	2016
AVC : prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral			
Eléments indispensables à l'arrivée	-	-	45
Programmation de la consultation post-AVC	-	49	54
Expertise neuro-vasculaire	-	73	79
Évaluation par un professionnel de la rééducation	74	77	80
Dépistage des troubles de la déglutition	-	60	65
Score d'autonomie ou de handicap à la sortie	-	-	44
DIA : prise en charge des patients hémodialysés chroniques			
Appréciation de l'épuration (respect des recommandations)	79	81	86
Surveillance du statut martial du patient traité par ASE[1]	74	80	84
Surveillance nutritionnelle - consultation diététique	-	43	60
Évaluation annuelle de l'accès à la transplantation	70	74	86
Surveillance nutritionnelle - statut nutritionnel	76	87	93
PPHPP : prise en charge et prévention de l'hémorragie du post-partum			
Prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement	80	85	89
Surveillance clinique minimale dans les deux heures suivant l'accouchement	53	65	70
Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat	-	74	80
OBE : prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité (adulte)			
Bilan des principales comorbidités lors de la PEP[2]	-	-	82
Endoscopie œsogastroduodénale lors de la PEP[2]	-	-	95
Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la PEP[2]	-	-	92
Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)	-	-	80
Communication de la décision de la RCP au médecin traitant	-	-	68

1. ASE : agent stimulant l'érythropoïèse (de type EPO), traitement pouvant être prescrit pour une anémie. La surveillance du statut martial concerne le dosage en ferritine.
2. PEP : phase d'évaluation préopératoire.
Lecture : En moyenne, dans chaque établissement, 45% des dossiers contiennent l'ensemble des éléments indispensables à l'arrivée, en 2016.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

3. Dispositif de télémédecine permettant la télé-expertise et la téléconsultation pour la prise en charge des AVC en urgence.

La prise en charge des patients hémodialysés chroniques (4e recueil obligatoire)

L'insuffisance rénale chronique terminale touche plus de 76 000 personnes en France. Traitement lourd, la dialyse est une condition à la survie des patients, dont la qualité de vie dépend de la qualité de la prise en charge. 15 708 dossiers (soit 37 % des patients hémodialysés en 2016) ont été analysés par les 314 structures pratiquant l'hémodialyse. Les résultats progressent mais des efforts particuliers restent à mener par les établissements, notamment concernant la prise en charge diététique de leurs patients.

La prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum (4e recueil obligatoire)

L'hémorragie du post-partum (HPP) survient dans les 24 heures suivant l'accouchement et se caractérise par une perte de sang supérieure à 500 ml. Il s'agit d'une des complications obstétricales les plus graves, dont l'aggravation des symptômes est toutefois évitable dans la majorité des cas.

30 789 dossiers d'accouchement et 16 822 dossiers d'HPP ont été analysés par les 500 maternités de France. Quel que soit le type de maternité[4], la prévention de l'hémorragie et sa prise en charge s'améliorent, mais l'étape intermédiaire de surveillance des femmes dans les deux heures suivant l'accouchement nécessite encore des efforts, l'ensemble des éléments minimaux la composant n'étant présent que dans 70 % des dossiers analysés.

La prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte (1er recueil obligatoire)

Le traitement chirurgical de l'obésité intervient en dernier recours et se conçoit dans la continuité du parcours de soins coordonné, avec un suivi du patient avant et après la chirurgie.

19 406 dossiers de chirurgie initiale (soit 39 % des chirurgies initiales en 2016) ont été analysés par les 451 établissements de santé, dont 48 centres spécialisés de l'obésité (CSO)[5] et 141 partenaires d'un CSO. Les résultats montrent que les recommandations de bonne pratique de 2009 sont mises en œuvre : le bilan endoscopique œsogastroduodénal et l'évaluation psychologique/psychiatrique sont retracés dans plus de 90 % des dossiers. Toutefois, une grande hétérogénéité des pratiques existe, notamment entre établissements de santé : les CSO et leurs partenaires obtiennent de meilleurs résultats, en moyenne, que les autres établissements, notamment concernant la décision en concertation pluridisciplinaire.

Deux indicateurs de résultats portant sur des données 2016 restitués pour la première fois par la HAS

Considérés comme plus faciles à lire et à comprendre pour les professionnels comme pour le public, les indicateurs de résultats sont plus difficiles à mesurer de manière fiable et nécessitent des précautions plus importantes avant validation et diffusion, pour éviter tout biais d'interprétation. Ceci explique un développement – et une utilisation par le régulateur – moins avancé, comparé aux indicateurs de structure et de processus.

À ce jour, deux indicateurs de résultats ont été validés et restitués aux établissements par la HAS *(tableau 3)*. Le premier indicateur mesure la satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO en 2016 (e-Satis 48h MCO). La satisfaction des patients est l'une des dimensions indispensables à prendre en compte pour évaluer la qualité des soins dans les hôpitaux et cliniques. Cet indicateur, ayant pour objectif premier de comparer les établissements de santé entre eux sur ce critère, a concerné 1 493 établissements de MCO : 1 038 (70 %) étaient en recueil obligatoire et 83,7 % d'entre eux ont participé. Pour 403 établissements, plus de 30 patients ont rendu des questionnaires exploitables. Au total, cela représente 56 759 questionnaires entre avril et novembre 2016. L'analyse détaillée des résultats au niveau national indique un besoin d'amélioration de l'organisation de la sortie des patients.

4. Type 1, 2 ou 3.
5. Les CSO définis par l'instruction de la DGS/DGOS/2011/I-190 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé et du plan obésité par les agences régionales de santé sont répartis sur 48 sites géographiques.

Ces résultats font écho à ceux des IQSS sur la qualité du dossier du patient (données 2015).
Le second indicateur concerne les thromboses veineuses profondes et embolies pulmonaires après pose de prothèse totale de hanche (hors fractures) ou de genou[6] (ETE-ORTHO). Malgré les recommandations de prophylaxie, l'incidence des événements thrombo-emboliques reste en effet relativement élevée après la pose d'une prothèse totale de hanche ou de genou (Januel *et al.*, 2012). Les résultats de l'indicateur ETE-ORTHO, calculé à partir du PMSI, mettent en évidence que sur les 754 établissements réalisant ce type de chirurgie orthopédique, 54 ont des ratios calculés très supérieurs[7] à la valeur de référence en 2016. Cette atypie indique qu'il convient de revoir les pratiques cliniques, mais aussi parfois celles du codage PMSI qui peuvent différer d'un établissement à l'autre et influencer le résultat de l'indicateur.
Outre ces deux indicateurs, plusieurs autres indicateurs de résultats sont régulièrement étudiés et testés par la communauté scientifique comme par les autorités de régulation du système de soins. Des études récentes ont

Tableau 3 Indicateurs de résultats pour la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé, moyennes nationales

En %

Indicateurs de résultats	2015	2016
Dispositif e-Satis : satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO[1]		
Indicateur e-Satis 48h MCO :		
Note de satisfaction globale	-	72,7
Pour information, note par sous-dimension :		
Accueil	-	72,7
Chambre	-	71,4
Repas	-	57,3
Prise en charge - médecin	-	80,0
Prise en charge - infirmier	-	80,6
Sortie	-	62,6
Nombre d'établissements concernés	-	1 493
Nombre de patients ayant répondu	-	56 759
ETE-ORTHO : évènements thrombo-emboliques après pose de PTH ou PTG[2]		
Indicateur ETE-ORTHO :		
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite[3]	54	54
Pour information :		
Taux national brut d'évènements thrombo-emboliques après la pose de PTH ou PTG[2]	13,30	10,68
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	759	754

1. Le champ est limité aux patients qui ont une adresse mail.
2. PTH : prothèse totale de hanche (hors fracture) / PTG : prothèse totale de genou.
3. Le ratio ETE-ORTHO rapporte le taux observé de l'établissement à son taux attendu. Il est supérieur à la limite lorsqu'il dépasse de trois fois l'écart-type sa valeur de référence (égale à 1). Source PMSI.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

6. Cet indicateur est calculé comme le ratio standardisé du nombre d'évènements thrombo-emboliques observé sur le nombre attendu, dans la population de séjours cibles.
7. Supérieur à trois fois l'écart-type (déviation standard).

ainsi tenté de mesurer la qualité des prises en charge hospitalières à travers le taux de réadmission 30 jours après un séjour hospitalier en chirurgie (Vuagnat et Yilmaz, 2015 ; DGOS, 2015), mais sans parvenir à ce jour à construire un indicateur qui satisfasse tous les critères de validation de la HAS (voir rubrique Méthodologie de l'encadré Sources et méthodes). De son côté, la HAS assure le développement de nouveaux indicateurs de résultats comme la mesure de la satisfaction des patients pris en charge en chirurgie ambulatoire, le taux de réhospitalisation entre 1 et 3 jours après une chirurgie ambulatoire, la mortalité hospitalière à 30 jours après admission en établissement de santé pour infarctus du myocarde ou encore le taux d'infection du site opératoire après une pose de prothèse totale de hanche ou de genou. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ
Établissements de santé, publics et privés, en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources
Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins utilisent plusieurs sources de données différentes : les dossiers des patients et des questionnaires *ad hoc* à destination des établissements ou des patients pour des recueils spécifiques. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est aussi mobilisé pour calculer certains indicateurs.

Méthodologie
Pour la Haute Autorité de santé, un IQSS doit mesurer une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins et son lien avec la qualité des soins doit être préalablement démontré par une analyse de la littérature ou par un consensus d'experts. Il est validé sur l'ensemble des points suivants : il doit faire sens pour les cliniciens (pertinence clinique) et pour l'amélioration de la qualité des soins (marges d'amélioration et caractère discriminant), avoir de bonnes qualités métrologiques (fiabilité et reflet de ce que l'on mesure), permettre la comparaison entre les établissements, être collecté de manière simple et reproductible et pouvoir faire l'objet d'un ajustement si besoin (correction des résultats pour assurer la comparabilité).

La diffusion publique des résultats des IQSS, fixée annuellement par arrêté ministériel, est assurée par les établissements de santé et par le site Scope Santé (www.scopesante.fr). En raison de la large utilisation des IQSS, un contrôle qualité annuel de leur recueil est effectué dans le cadre d'une orientation nationale d'inspection-contrôle (Onic) menée par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), dont les résultats conduisent à valider ou à modifier le recueil.

Les IQSS sont collectés en alternance une année sur deux. L'ensemble des établissements ont à leur disposition leurs résultats détaillés pour l'ensemble des IQSS. Pour ceux portant sur la satisfaction et l'expérience des patients, ils disposent également du verbatim des patients.

Pour en savoir plus

> Site internet de la Haute Autorité de santé : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456737/fr/mieux-connaitre-les-indicateurs.

> **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** (2017, mai). Le taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours en MCO : outil pour accompagner la mise à disposition d'un indicateur hospitalier de vigilance pour alerter, analyser et agir.

> **Duhamel, G., Minvielle, E.** (2009). Évaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. Dans Bras, P.-L., Pourourville (de), G., Tabuteau, D. (dir.). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, France : Presses de la FNSP, p.307-314.

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2017, décembre). Satisfaction des patients hospitalisés & résultats 2017 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques en France. Dossier de presse.

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2016, décembre). Les 1ers résultats de la satisfaction des patients hospitalisés complètent l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins. Communiqué de presse.

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2012, septembre). Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins.

> **Januel, J.-M., *et al.*** (2012, janvier). Symptomatic in-hospital deep vein thrombosis and pulmonary embolism following hip and knee arthroplasty among patients receiving recommended prophylaxis: a systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 307(3), p. 294-303.

> **Vuagnat, A., Yilmaz, E.** (2015, avril). Tarification à l'activité et réadmission. Insee, *Économie et statistiques*, 475-476.

30 La lutte contre les infections associées aux soins

Les résultats 2016 du thème « Infections associées aux soins » des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont rendus publics pour 2 733 établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, y compris le service de santé des armées. Plus de neuf établissements sur dix ont atteint les plus hauts niveaux de performance pour deux des trois indicateurs qui couvrent ce thème.

Le thème « Infections associées aux soins » fait partie des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

La lutte contre les infections associées aux soins (IAS) mobilise des moyens spécifiques au sein des établissements de santé. Selon le Code de la santé publique[1], 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 IAS.

Depuis 2006, des indicateurs de structure sont développés à partir des bilans d'activité de lutte contre les infections nosocomiales (bilans LIN), remplis annuellement par chaque établissement de santé. Les indicateurs calculés à partir des bilans LIN pour les années 2006 à 2014 étaient publiés par le ministère chargé de la santé et constituaient le tableau de bord des infections nosocomiales. À partir de l'année 2015, ces indicateurs sont publiés par la Haute Autorité de santé (HAS) et constituent le thème « Infections associées aux soins » des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Trois indicateurs du thème IAS sont présentés pour l'année 2016 : l'indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales ICALIN.2, l'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire ICA-LISO et l'indicateur de consommation de solutions hydroalcooliques ICSHA.2 V2. Ces résultats sont présentés par classe de performance, allant de A à E, soit de la plus performante à la moins performante, et par catégorie d'établissement (*tableau 1*).

Un investissement constant des établissements de santé dans la lutte contre les infections associées aux soins

Sur les 2 752 établissements de santé concernés par le recueil des bilans d'activité de lutte contre les infections nosocomiales en 2016, seuls 19 établissements n'ont pas répondu. Les plus hauts niveaux de performance mesurable – classes A et B (*tableau 1*) – ont été atteints par 93 % des établissements de santé pour l'indicateur composite de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2) et par 91 % des établissements de santé en matière de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO). La proportion des établissements de santé se situant dans les classes A et B pour l'ICALIN.2 est en forte progression (68 % en 2011, 86 % en 2012 et 91 % en 2014) [*graphique 1*]. Pour ces deux indicateurs, la plupart des établissements ont maintenant atteint le niveau attendu ; la marge de progression est donc réduite.

Enfin, 60 % des établissements ont atteint les classes A et B pour l'indice de consommation des solutions hydroalcooliques ICSHA.2 V2. L'évolution de l'indicateur ICSHA.2 vers ICSHA.2 V2 s'est traduite par la revalorisation des seuils de friction hydroalcoolique (FHA) par acte. L'ICSHA.2 V2 est plus exigeant en matière d'objectif minimum personnalisé de consommation. De ce fait, les résultats ne sont pas comparables à ceux de l'ICSHA.2.

Pour ces trois indicateurs, le plus haut niveau de performance est atteint par 100 % des 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC). Pour l'ICALIN.2

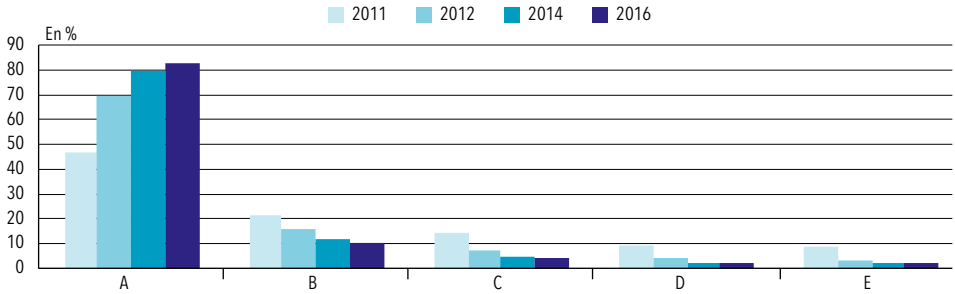
1. Article R. 6111-8.

Tableau 1 Répartition des établissements de santé par classe de performance en 2016

Catégorie d'établissement	ICALIN.2 2016	ICA-LISO 2016	ICSHA.2 V2 2016
	Pourcentage A + B[1]	Pourcentage A + B[1]	Pourcentage A + B[1]
CHR/CHU	98,6	81,3	98,6
CH publics ou ex-PSPH sous DG ≤ à 300 lits et places	92,1	87,4	56,5
CH publics ou ex-PSPH sous DG > à 300 lits et places	95,2	87,2	71,9
Établissements de santé mentale	87,8	nc	25
Ex-hôpitaux locaux	87,7	nc	55,5
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN ≤ à 100 lits et places	93,8	91,8	66,5
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN > à 100 lits et places	96,4	95,2	73,7
CLCC	100,0	100,0	100,0
HAD	92,9	nc	61,1
Hémodialyse	95,7	nc	90,8
SSR	93,6	nc	60,9
SLD	95,8	nc	31,2
Ensemble	**92,9**	**90,7**	**60,0**
Effectif des établissements concernés	2 719	924	2 630

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; PSPH : participant au service public hospitalier ; DG : dotation globale ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; OQN : objectif quantifié national ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée ; nc : non concerné par l'indicateur pour certaines catégories d'établissements du fait de leur activité.
1. Il s'agit du pourcentage d'établissements classés en A et B sur une échelle allant de A à E, A étant la classe la plus performante et E la moins performante.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > HAS, ATIH et DGOS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins, thème « Infections associées aux soins ».

Graphique 1 Évolution d'ICALIN.2 entre 2011 et 2016



Note > L'échelle va de A à E, A étant la classe la plus performante et E la moins performante. Le recueil d'ICALIN.2 est optionnel pour les années 2013 et 2015.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DGOS, tableau de bord des infections nosocomiales 2014, rapport national 2014 ; HAS, rapport de la campagne nationale 2017 des indicateurs du thème « Infections associées aux soins ».

et l'ICSHA.2 V2, 99 % des centres hospitaliers régionaux (CHR) et centres hospitaliers universitaires (CHU) se situent dans les classes A et B, tandis que pour l'ICA-LISO, 95 % des cliniques de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) privées[2] d'une capacité de 100 lits ou plus sont dans ce cas. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ
Établissements de santé publics et privés en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources
Pour l'indicateur ICALIN.2, tableau de bord des infections nosocomiales 2014. Rapport national établi par la DGOS. Rapport de la campagne nationale 2017 des indicateurs du thème « Infections associées aux soins » établi par la HAS.

Pour les autres indicateurs HAS, ATIH et DGOS, thème « Infections associées aux soins » des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Définitions
> ICALIN.2 : il s'agit de l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (IN) version 2. Il reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé et de ses personnels et se concentre sur les actions du programme national de prévention des IN 2009-2013, notamment les infections graves et évitables.

> ICA-LISO : cet indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO) objective l'organisation pour la prévention des infections postopératoires en chirurgie ou en obstétrique, les moyens mobilisés et les actions mises en œuvre par l'établissement ayant une activité de chirurgie ou d'obstétrique.

> ICSHA.2 V2 : la friction hydroalcoolique est le premier geste de prévention de la transmission croisée des micro-organismes. L'indicateur de consommation des produits hydroalcooliques est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains. L'indicateur ICSHA.2 V2, exprimé en pourcentage, est le ratio entre le volume de produits hydroalcooliques (PHA) consommé par l'établissement et l'objectif minimum personnalisé de consommation que l'établissement doit dépasser. Cet objectif de consommation est déterminé à partir d'un référentiel national prenant en compte les types et volumes d'activité de l'établissement. Il s'agit d'une version d'évolution d'ICSHA.2 destinée à préparer les établissements de santé aux nouvelles exigences d'ICSHA.3.

Pour en savoir plus

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2017, décembre). *Résultats de la campagne 2017 – Données 2016. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins – Infections associées aux soins.* Rapport disponible sur le site de l'HAS : www.has-sante.fr, rubrique « Accréditation et certification/Indicateurs de qualité et de sécurité ».

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2016, décembre). *Résultats de la campagne 2016 – Données 2015. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins – Infections associées aux soins.* Rapport disponible sur le site de l'HAS : www.has-sante.fr, rubrique « Accréditation et certification/Indicateurs de qualité et de sécurité ».

> **Scope Santé :** site de diffusion publique des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé : www.scopesante.fr.

2. Les ex-établissements participant au service public hospitalier sous objectif quantifié national sont regroupés avec les cliniques de MCO privées.

La situation économique du secteur

31 Les médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus

En 2016, la dépense pour les médicaments et dispositifs médicaux figurant sur la liste des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, dite « liste en sus », s'élève à 4,9 milliards d'euros. Cette dépense a augmenté de 3 % par rapport à 2015 et de 23 % en cinq ans ; une progression bien plus rapide que l'ensemble de la consommation des soins hospitaliers (+12 % depuis 2011), tant pour les médicaments (+20 %) que pour les dispositifs médicaux (+28 %). Elle représente 5,3 % de la consommation hospitalière et se concentre sur un petit nombre de médicaments et de dispositifs médicaux.

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le financement des médicaments et des dispositifs médicaux administrés aux patients lors de leur séjour à l'hôpital est pris en charge selon différentes modalités. De manière générale, l'Assurance maladie couvre ces dépenses à hauteur des forfaits prévus par les groupes homogènes de séjours (GHS). Un financement dérogatoire est assuré pour certains produits (médicaments et dispositifs médicaux) inscrits sur la liste en sus, en vertu de l'article L.162-22-7 du Code de la Sécurité sociale. Ce dispositif doit garantir le financement de traitements innovants et onéreux et favoriser leur accès aux patients.

Une faible progression des dépenses de médicaments de la liste en sus en 2016

En 2016, la dépense associée aux médicaments de la liste en sus (champs médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO] et hospitalisation à domicile [HAD] confondus) s'élève à 3,1 milliards d'euros (*graphique 1*), dont 98 % pour le seul champ MCO. Cette dépense est en hausse de 20 % par rapport à 2011. Après une augmentation soutenue de 2013 à 2015, les dépenses sont en faible progression en 2016 (+1,3 %). Il n'y a pas eu cette année d'entrée dans la liste en sus de nouveaux médicaments engendrant une forte dépense, ni d'importante radiation.
Le nombre d'unités administrées[1] est en légère hausse sur l'année (+1,9 %), après une très forte baisse liée à la radiation des médicaments composés d'érythropoïétine en 2014.

La dépense du secteur public en hausse, celle du secteur privé en recul

Les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif pèsent pour 83 % de la dépense des médicaments de la liste en sus en 2016. Leurs dépenses progressent de 2,2 %, augmentation moins soutenue que les années précédentes (+27,8 % entre 2011 et 2016). En revanche, les établissements de santé privés à but lucratif enregistrent un recul de 3 % en 2016 (soit -8 % en cinq ans).

Les médicaments anticancéreux et les traitements pour les maladies auto-immunes représentent trois quarts des remboursements de la liste en sus

Deux classes thérapeutiques de médicaments comptent pour trois quarts de la dépense totale : les antinéoplasiques (L01, médicaments anticancéreux) pour un peu plus de la moitié, et les immunosuppresseurs (L04, traitements pour les maladies auto-immunes).
La classe des antinéoplasiques augmente modérément en 2016 (+1,7 %), s'élevant à 1,7 milliard d'euros. Depuis cinq ans, elle suit le même rythme de progression que la dépense totale de la liste en sus (soit +20,4 % entre 2011 et 2016). La dépense pour les

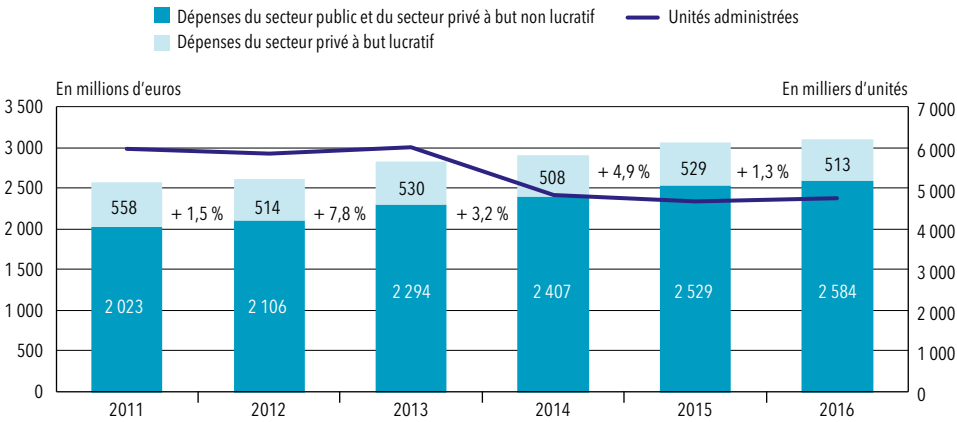
1. Une unité administrée fait référence à la codification en unité commune de dispensation (UCD). Cela correspond à la plus petite unité de dispensation (comprimé, flacon, etc.). Un même médicament peut être conditionné de différentes manières (taille du flacon, dosage du comprimé), ce qui donne lieu à des codes UCD différents.

immunosuppresseurs est quasiment stable en 2016 (-0,7 %), pour un montant de 650 millions d'euros, marquant ainsi une interruption de la progression très soutenue de ces produits depuis 2011 (+44,4 %).
D'autres classes de médicaments ont un poids non négligeable sur la dépense en 2016 :
- les sérums immunisants et immunoglobulines (J06) : 9 % de la dépense ;
- les autres produits liés au tractus digestif et au métabolisme (A16) : 6 % ;
- les antihémorragiques (B02) : 4 % ;
- les antimycotiques (J02) : 4 %.

Deux tiers des remboursements de la liste en sus portent sur dix substances actives

Une centaine de substances actives[2] ont été remboursées au titre de la liste en sus en 2016. Les dix substances qui concentrent les plus fortes dépenses représentent deux tiers de la dépense totale. Cette part atteint 80 % pour les vingt premières et 90 % pour les trente premières. Cette concentration de la dépense était quasiment identique en 2011, mais ne concernait pas les mêmes médicaments.
Le bévacizumab (antinéoplasique) reste, malgré un léger recul en 2016, le premier poste de dépense parmi les médicaments de la liste en sus (*graphique 2*). Si ce médicament a fait l'objet d'une radiation partielle[3] à compter du 1er septembre 2016, la baisse de sa dépense a débuté dès 2015. La dépense associée au trastuzumab et au bortézomib, deux antinéoplasiques qui ont également fait l'objet d'une radiation partielle, reste stable.
L'infliximab (immunosuppresseur) représente toujours le deuxième poste de dépense malgré une importante diminution par rapport à 2015 (-6,9 %), liée à une baisse de tarif consécutive à l'arrivée de biosimilaires.

Graphique 1 Dépenses et unités administrées pour les médicaments de la liste en sus entre 2011 et 2016



Lecture > Entre 2015 et 2016, les dépenses pour les médicaments de la liste en sus ont augmenté de 1,3 %, secteurs public et privé confondus.
Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Mayotte pour les dépenses, y compris Mayotte pour les unités administrées), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus.
Source > ATIH, données ScanSanté.

2. Par substance active, on entend le regroupement de tous les conditionnements (en pratique, les codes UCD) au cinquième niveau de la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC). Une même substance active peut regrouper plusieurs spécialités pharmaceutiques, notamment dans le cas de l'arrivée de génériques ou de biosimilaires à un médicament princeps. Par exemple l'infliximab (immunosuppresseur) est la substance active commune à la spécialité pharmaceutique Remicade et à plusieurs biosimilaires.
3. Radiation pour certaines indications thérapeutiques, la spécialité donnant toujours lieu au remboursement dans le cadre du mécanisme de la liste en sus si son utilisation correspond aux indications thérapeutiques retenues.

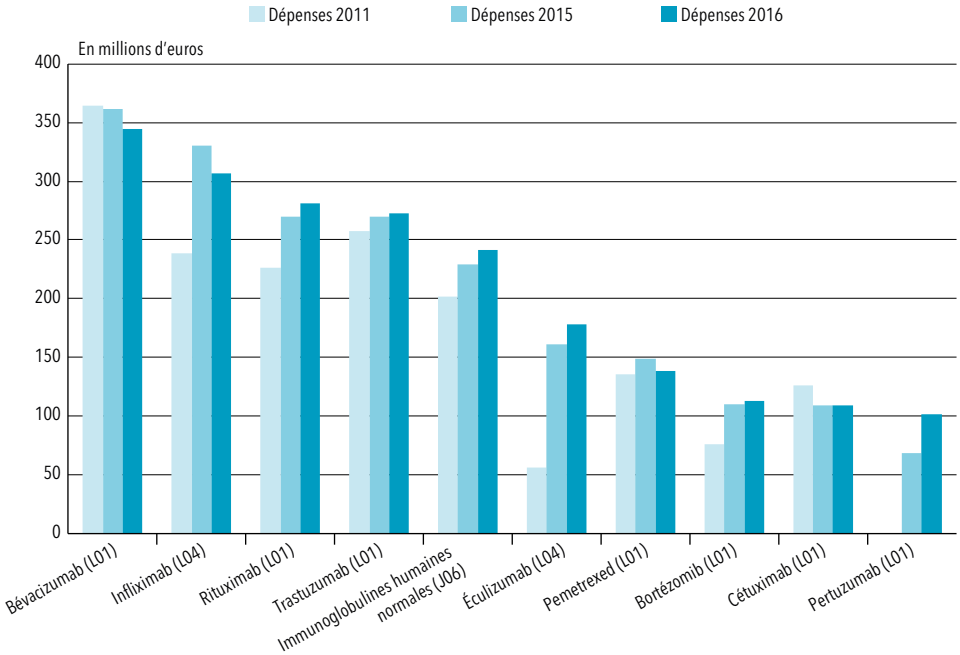
Avec une dépense atteignant les 100 millions d'euros, le pertuzumab (antinéoplasique) devient le dixième poste de dépense le plus important et ne cesse de monter en charge depuis son arrivée sur la liste en décembre 2013.

Une hausse des dispositifs médicaux de la liste en sus

Certains dispositifs médicaux sont également pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Un montant de 1,8 milliard d'euros a été consacré à l'ensemble de ces dispositifs dans le champ MCO en 2016, en hausse de 5,6 % sur l'année (*graphique 3*), soit une augmentation de 28 % depuis 2011. Entre 2011 et 2016, le secteur public (établissements publics et privés à but non lucratif) connaît une forte progression (+41 %), plus importante que celle du secteur privé à but lucratif (+16 %). Depuis 2014, le montant des dépenses du secteur public est plus élevé que celui du secteur privé.

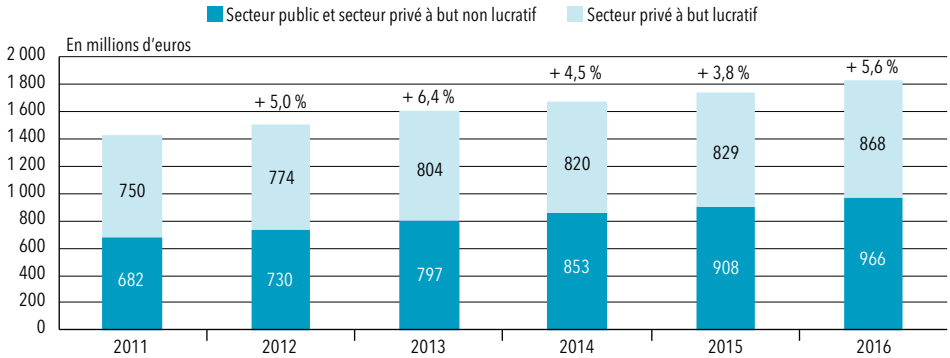
Certains types de dispositifs concentrent l'essentiel de la dépense. Ainsi, les implants orthopédiques comptent pour 43 % de la dépense en 2016 (dont près de 90 % pour les implants articulaires), suivis par les implants cardiaques et vasculaires d'origine synthétique (21 %), les stimulateurs cardiaques (11 %) et les implants cardio-vasculaires issus de dérivés d'origine animale (9 %). ■

Graphique 2 Dépense en 2011, 2015 et 2016 pour les dix médicaments les plus coûteux de la liste en sus en 2016



Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Mayotte), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus.
Source > ATIH, données ScanSanté.

Graphique 3 Dépenses pour les dispositifs de la liste en sus entre 2011 et 2016



Lecture > Entre 2015 et 2016, les dépenses pour les dispositifs médicaux de la liste en sus ont augmenté de 5,6 %, secteurs public et privé confondus.
Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Mayotte), y compris le SSA, champ MCO.
Source > ATIH, données ScanSanté.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Spécialités pharmaceutiques de la liste en sus (hors rétrocession hospitalière), pour la France entière, y compris le service de santé des armées (SSA). Pour Mayotte, les données du centre hospitalier sont incluses pour le nombre d'unités administrées, mais les dépenses associées ne sont pas comptabilisées dans la mesure où cet établissement n'est pas soumis à la tarification à l'activité. Les données portent sur les champs de la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de l'hospitalisation à domicile (HAD). Pour les dispositifs médicaux, les données portent uniquement sur le champ MCO. Les chiffres présentés dans cette fiche se fondent sur des données en date de remboursement, et non en date de soin, comme c'est notamment le cas pour l'indicateur n° 4-5 de l'annexe 1 du PLFSS 2018 (programme de qualité et d'efficience, volet « Maladie »).

Source

Données ScanSanté de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), issues de la remontée d'informations par les établissements de santé sur leurs achats de spécialités inscrites sur la liste en sus pour en obtenir le remboursement.

Définitions

> **Groupes homogènes de séjours (GHS)** : il s'agit du tarif forfaitaire destiné à couvrir les frais occasionnés par la mise à disposition de l'ensemble des prestations relatives à l'hospitalisation du patient. Cette couverture se fonde sur la classification en groupes homogènes de malades (GHM).

> **Classe thérapeutique** : le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) est utilisé pour classer les médicaments. Ces derniers sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

> **Substance active** : elle désigne l'ensemble des composants d'un médicament qui possèdent un effet thérapeutique (qu'il s'agisse d'une substance pure chimiquement définie, d'un mélange de plusieurs substances chimiquement proches ou encore d'une substance définie par son mode d'obtention).

Pour en savoir plus

> **Programmes de qualité et d'efficience 2018 (PQE) – « Maladie »** (2017). Disponible sur le site de la Sécurité sociale : www.securite-sociale.fr, rubrique « Professionnels », « Gestion, pilotage et performance ».

32 La part des établissements de santé dans la consommation de soins

En 2016, la consommation de soins hospitaliers (établissements des secteurs public et privé) s'élève à 92,3 milliards d'euros. Elle représente 46,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 5,9 % de la consommation finale effective des ménages. L'Assurance maladie finance 91,4 % des dépenses de soins hospitaliers en 2016.

La consommation de soins hospitaliers s'élève à 92,3 milliards d'euros en 2016

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et psychiatrie donne lieu à une dépense de soins s'élevant à 92,3 milliards d'euros en 2016 (*tableau 1*). 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 en établissements pour personnes âgées (Ehpa, Ehpad) ou handicapées, et services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). La part de la consommation de soins hospitaliers dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est en légère hausse : elle est passée de 46,0 % en 2006 à 46,5 % en 2016. Pour la situer dans l'ensemble de l'économie, la consommation de soins hospitaliers représente 5,9 % de la consommation finale effective des ménages en 2016. Cette part a légèrement augmenté depuis 2006 (+0,4 point) [*graphique 1*]. Depuis 2010, en raison notamment de la croissance modérée des prix dans le secteur hospitalier, la progression de la consommation de soins hospitaliers est inférieure à 3,0 %, alors qu'elle se situait entre 3,4 % et 3,9 % entre 2006 et 2010 (*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 71,3 milliards d'euros en 2016. Elle progresse de 2,2 % en valeur, portée par la croissance des volumes (+1,6 %). L'augmentation des prix dans le secteur public est modérée (+0,6 %) en raison du ralentissement de la masse salariale hospitalière amorcée depuis quelques années. Dans le secteur privé hospitalier, qui comprend principalement les cliniques privées à but lucratif, la consommation de soins (y compris les honoraires perçus en établissement) s'établit à 21,0 milliards d'euros en 2016. Elle progresse de 2,0 % en valeur, entièrement portée par la hausse des volumes (+3,4 %). En revanche, les prix ont nettement baissé en 2016 dans le secteur privé (-1,3 %), tout comme en 2015. Cette baisse s'explique notamment par la modération des frais de séjour, ainsi que par la modération des dépassements d'honoraires des praticiens (+2,2 % après +4,2 % en 2015).

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

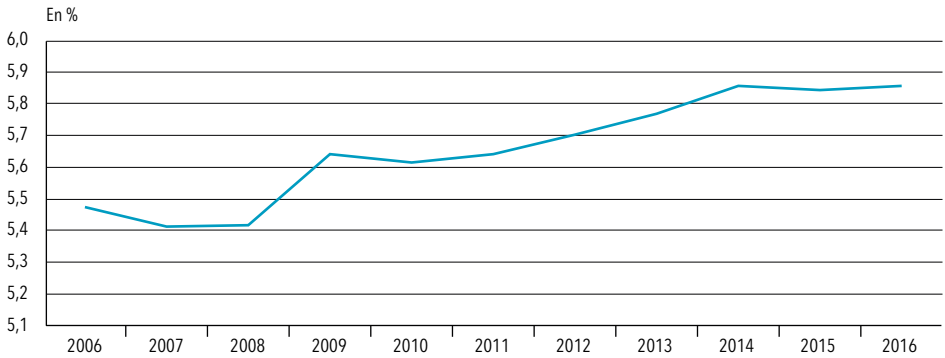
La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers (91,4 % en 2016). En comparaison, elle finance 77,0 % de l'ensemble de la CSBM (*graphique 3*). L'intervention des autres financeurs est donc très faible. La part des organismes complémentaires est cependant en progression depuis 2006 (5,1 % en 2016 contre 4,4 % en 2006), tandis que la part de la Sécurité sociale diminue (91,4 % en 2016 contre 92,0 % en 2006). Ces évolutions s'expliquent, d'une part, par les hausses du forfait journalier hospitalier (+1 euro en 2007 et +2 euros en 2010) et des tarifs journaliers de prestations (TJP), qui servent de base au calcul des tickets modérateurs à l'hôpital public, et d'autre part, par la mise en place, fin 2007, de la participation des assurés de 18 euros pour les actes lourds et le relèvement de son seuil d'application en 2011. ■

Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers et consommation de soins et de biens médicaux depuis 2006

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consommation de soins et de biens médicaux (en millions d'euros)	**153 246**	**159 440**	**164 699**	**169 836**	**173 477**	**178 741**	**182 600**	**186 071**	**191 158**	**194 043**	**198 538**
Consommation de soins hospitaliers (en millions d'euros), dont :	**70 549**	**72 946**	**75 390**	**78 335**	**80 315**	**82 457**	**84 564**	**86 680**	**89 069**	**90 360**	**92 340**
– soins hospitaliers en secteur public	54 382	56 240	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 635	69 724	71 290
Évolution (en %) – Valeur	3,5	3,4	3,0	3,9	2,5	2,6	2,6	2,8	2,8	1,6	2,2
– Prix	1,8	2,1	0,4	0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,8	0,7	-0,5	0,6
– Volume	1,7	1,3	2,6	3,0	3,0	2,8	2,7	2,0	2,1	2,0	1,6
– soins hospitaliers en secteur privé	16 167	16 706	17 451	18 124	18 614	19 163	19 612	19 901	20 434	20 635	21 050
Évolution (en %) – Valeur	5,2	3,3	4,5	3,9	2,7	2,9	2,3	1,5	2,7	0,9	2,0
– Prix	0,5	1,8	1,0	0,5	0,6	0,6	0,3	-0,3	-0,2	-1,1	-1,3
– Volume	4,7	1,5	3,4	3,3	2,1	2,4	2,1	1,7	2,9	2,1	3,4
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux (en %)	**46,0**	**45,8**	**45,8**	**46,1**	**46,3**	**46,1**	**46,3**	**46,6**	**46,6**	**46,6**	**46,5**

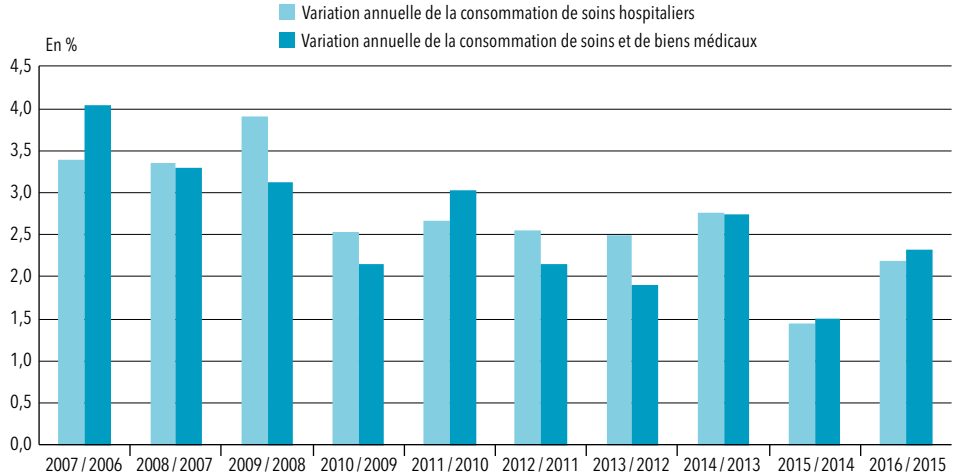
Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, y compris Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 2006



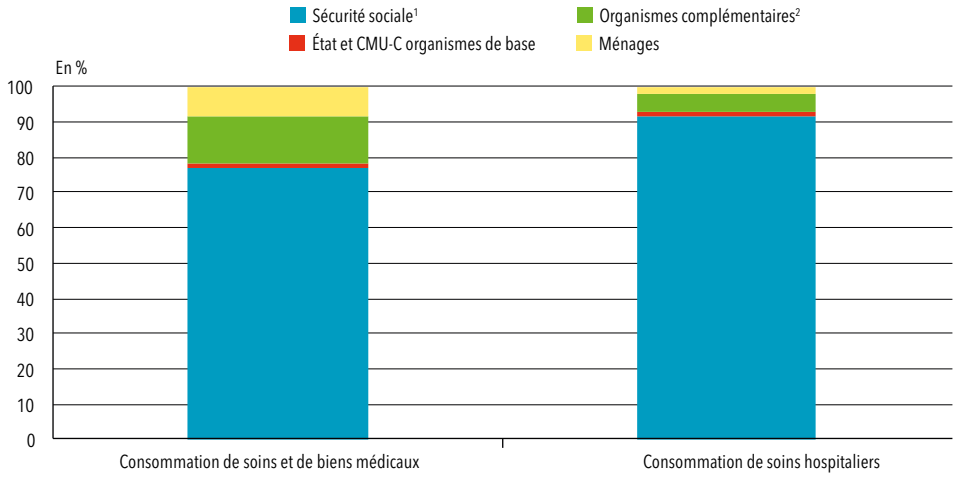
Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, y compris Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee, comptes nationaux, base 2010, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution annuelle de la consommation de soins hospitaliers et de la consommation de soins et de biens médicaux depuis 2006



Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, y compris Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Structure de financement de la consommation de soins en 2016



CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.
1. Y compris le déficit implicite des hôpitaux publics.
2. Y compris les prestations CMU-C versées par ces organismes.
Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, y compris Mayotte), y compris le SSA.
Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré Sources et méthodes

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 2016, en France métropolitaine et dans les DROM (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, 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

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 :

> **Secteur public** : il regroupe les établissements de santé publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif.

> **Secteur privé** : il regroupe principalement les établissements à but lucratif.

> **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).

> **Consommation de soins et de biens médicaux** : elle représente la valeur totale des biens et services médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé.

> **Consommation finale effective des ménages** : elle inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Pour en savoir plus

> **Beffy, M., Roussel, R., Héam, J.-C. *et al.*** (dir.) (2017). *Les dépenses de santé en 2016 – Résultats des comptes de la santé.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

33 La situation économique et financière des cliniques privées

D'après les premières estimations, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 14,6 milliards d'euros, en 2016. Après un léger fléchissement en 2015, la rentabilité retrouve son plus haut niveau et s'établit à 3,6 % du chiffre d'affaires, comme en 2014. L'endettement des cliniques privées, lui, reste stable en 2016 (35,4 %), tout comme l'effort d'investissement.

La rentabilité s'établit à 3,6 % du chiffre d'affaires en 2016

D'après les premières estimations, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 14,6 milliards d'euros en 2016, soit une hausse de 0,9 % par rapport à 2015 (*tableau 1*). Leur rentabilité nette, qui rapporte le résultat net au chiffre d'affaires, est ainsi évaluée à 3,6 % en 2016, soit une progression de 0,6 point par rapport à 2015. Ce niveau de rentabilité, déjà atteint en 2014, est le plus élevé des dix dernières années.

Cette croissance du résultat net est principalement due à l'amélioration de 0,9 point du résultat financier, qui mesure les opérations se rapportant directement à l'endettement et aux placements. Elle est accentuée par le repli des charges liées au poste « impôts sur le bénéfice », qui représente 0,8 % du chiffre d'affaires en 2016 contre 1,2 % en 2015.

Contrairement aux années 2014 et 2015, l'excédent brut d'exploitation recule et revient à son niveau de 2013 : il représente 6,5 % du chiffre d'affaires en 2016, contre 7,2 % en 2015.

Les évolutions récentes de l'excédent brut reflètent, pour beaucoup, la mise en place, en 2013, du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), avantage fiscal pour les entreprises. Cette mesure a entraîné une baisse des cotisations sociales relatives aux frais de personnel. Considérant que les cliniques sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont cependant atténué l'effet positif du CICE en 2013 et 2014, puis l'ont neutralisé en 2015 et en 2016, *via* des baisses tarifaires des séjours hospitaliers.

La rentabilité augmente pour les cliniques de MCO et de SSR

Les niveaux de rentabilité sont très variables selon le secteur d'activité et ont évolué de manière différente en 2016 (*graphique 1*). Pour les cliniques du secteur de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), la rentabilité augmente de près de 0,6 point pour s'établir à 2,8 % du chiffre d'affaires. La rentabilité nette des cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) progresse aussi et s'établit à 6,3 %, bien au-dessus de son niveau moyen antérieur à la mise en place du CICE. Elle atteint le niveau élevé de rentabilité des cliniques psychiatriques, où cette dernière diminue, pour la première fois depuis 2012, pour se fixer à 6,2 % en 2016.

Une clinique sur cinq est en déficit

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaire, masque de fortes disparités. Malgré l'amélioration du résultat net, la part des cliniques privées en déficit progresse et atteint 24 % en 2016, contre 23 % en 2015 et 21 % en 2014. Cette augmentation concerne aussi bien les cliniques de MCO (30 % en 2016, contre 26 % en 2015) que celles du secteur de psychiatrie (11 % en 2016, contre 7 % en 2015). En revanche, cette part diminue nettement pour les cliniques de SSR (16 % en 2016, contre 24 % en 2015).

Les investissements se stabilisent

Du fait de la hausse de la rentabilité, la capacité d'autofinancement (CAF) progresse en 2016, (6,2 % du chiffre d'affaires, contre 5,4 % en 2015). Elle augmente surtout pour les cliniques de MCO (de 4,9 % en 2015 à 5,6 % en 2016) et pour les cliniques de SSR

Tableau 1 Compte de résultat des cliniques privées depuis 2009

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016[1]
Chiffre d'affaires total (en millions d'euros)	**12 334**	**12 508**	**13 050**	**13 583**	**13 938**	**13 991**	**14 519**	**14 650**
Nombre de cliniques	**1 095**	**1 084**	**1 076**	**1 064**	**1 039**	**1 027**	**1 023**	**1 022**
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	**11,3**	**11,5**	**12,1**	**12,8**	**13,2**	**13,6**	**14,2**	**14,3**
Achats et charges externes (en % du chiffre d'affaires), dont :	**-45,1**	**-45,0**	**-45,3**	**-45,2**	**-44,8**	**-45,0**	**-45,5**	**-45,5**
achats consommés	-17,4	-17,7	-17,4	-17,2	-16,7	-17,1	-17,5	-17,3
autres achats et charges externes	-27,8	-27,3	-27,9	-28,0	-28,1	-28,0	-28,0	-28,3
Frais de personnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	**-43,8**	**-44,0**	**-43,9**	**-43,9**	**-43,3**	**-42,9**	**-42,6**	**-43,3**
salaires bruts	-31,6	-31,2	-31,0	-31,2	-31,6	-29,3	-31,2	-31,8
charges sociales	-12,2	-12,8	-12,9	-12,8	-11,7	-13,6	-11,4	-11,5
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du chiffre d'affaires), dont :	**-5,0**	**-5,0**	**-5,1**	**-5,3**	**-5,3**	**-5,1**	**-4,8**	**-4,7**
impôts, taxes et versements assimilés	-5,9	-5,7	-5,7	-6,0	-5,9	-5,9	-5,6	-5,7
subvention d'exploitation	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,9	1,0
Excédent brut d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	**6,1**	**6,1**	**5,7**	**5,6**	**6,5**	**7,1**	**7,2**	**6,5**
Autres opérations d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	**0,0**	**0,0**	**0,1**	**0,1**	**0,0**	**-0,1**	**-0,1**	**0,0**
Dotations nettes aux amortissements (en % du chiffre d'affaires)	**-1,8**	**-1,8**	**-2,1**	**-2,2**	**-2,2**	**-2,0**	**-2,2**	**-2,3**
Résultat d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	**4,2**	**4,4**	**3,7**	**3,5**	**4,3**	**4,9**	**4,9**	**4,2**
Résultat financier (en % du chiffre d'affaires), dont :	**-0,4**	**-0,4**	**-0,3**	**-0,3**	**-0,4**	**0,0**	**-0,3**	**0,6**
produits financiers	0,7	0,6	1,0	0,9	0,6	0,8	0,6	1,3
charges financières	-1,1	-1,1	-1,3	-1,2	-0,9	-0,7	-0,9	-0,8
Résultat courant - exploitation + financier (en % du chiffre d'affaires)	**3,8**	**4,0**	**3,4**	**3,2**	**4,0**	**5,0**	**4,7**	**4,8**
Résultat exceptionnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	**0,1**	**-0,2**	**1,1**	**0,1**	**-0,5**	**0,0**	**0,0**	**-0,1**
produits exceptionnels	2,3	2,5	3,0	2,1	2,1	1,9	2,0	1,2
charges exceptionnelles	-2,1	-2,6	-1,9	-2,0	-2,7	-1,9	-2,0	-1,3
Participation des salariés (en % du chiffre d'affaires)	**-0,4**	**-0,4**	**-0,4**	**-0,3**	**-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**	**-0,9**	**-1,0**	**-1,2**	**-0,8**
Résultat net (en % du chiffre d'affaires)	**2,1**	**2,0**	**2,6**	**1,8**	**2,2**	**3,6**	**3,0**	**3,6**

1. Données provisoires.

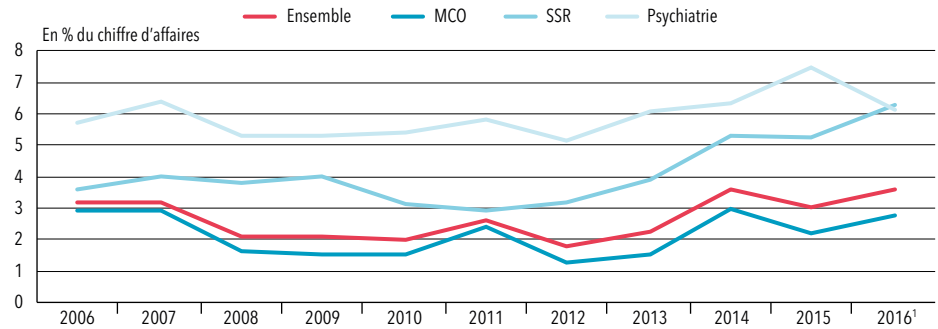
Lecture > Rapportés au chiffre d'affaires, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2016, traitements DREES.

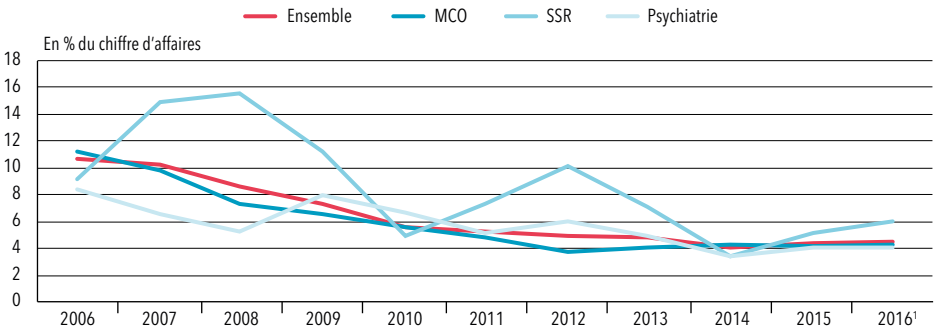
(7,8 %), mais recule pour les cliniques psychiatriques (8,0 % en 2016, après 9,9 % en 2015).
Pour l'année 2016, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés au chiffre d'affaires, se maintient au niveau de 2015, après une baisse ininterrompue de 2006 à 2014 (*graphique 2*). L'investissement reste modéré et représente 4,5 % du chiffre d'affaires en 2015 et 2016, contre 4,1 % en 2014. L'effort d'investissement diffère selon les catégories d'établissements. Pour les cliniques de MCO et de psychiatrie, il reste stable en 2016 et représente un peu plus de 4 % du chiffre d'affaires. En revanche, l'effort d'investissement des cliniques de SSR poursuit sa reprise et atteint 6,1 % du chiffre d'affaires en 2016, après 5,2 % en 2015.
L'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur les capitaux permanents, reste relativement stable en 2016 (35,4 % des capitaux permanents), à un niveau historiquement bas (*graphique 3*). ■

Graphique 1 Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées depuis 2006



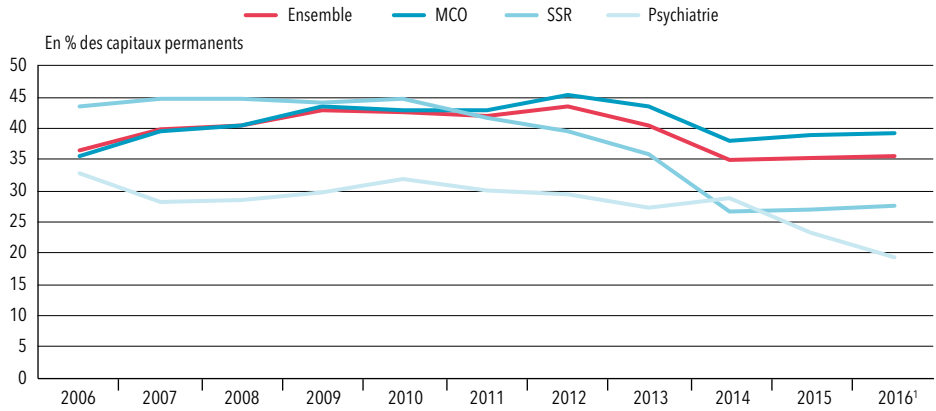
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
1. Données provisoires.
Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.
Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2016, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées depuis 2006



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
1. Données provisoires.
Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.
Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2016, traitements DREES.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des cliniques privées depuis 2006



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
1. Données provisoires.
Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.
Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ
Les données de 2016 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte) ayant déposé leurs liasses fiscales aux tribunaux de commerce.

Sources
Les données financières sont issues des liasses fiscales des cliniques privées transmises aux tribunaux de commerce. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

Méthodologie
Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce, parfois avec du retard. Ces chiffres ont été croisés avec l'enquête SAE 2016, afin de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées. Les données 2016 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 738 cliniques ayant déposé leurs comptes. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par une repondération 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 :** il s'agit du 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 :** il correspond au solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

Pour en savoir plus

> **Yilmaz, E.** (2017). La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif. Dans Beffy, M., Roussel, R., Héam, J.-C., *et al.* (dir). *Les Dépenses de santé en 2016 – Résultats des comptes de la santé* (p. 80-83). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

34 La situation économique et financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif

En 2016, le déficit des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), anciennement sous dotation globale, continue de se réduire pour devenir quasiment nul. Un peu moins de quatre établissements sur dix sont déficitaires. Leur effort d'investissement est globalement stable depuis trois ans et leur taux d'endettement poursuit son repli pour s'établir à 44,1 % en 2016.

Les établissements privés à but non lucratif peuvent faire le choix d'assurer le service public hospitalier, pour lequel ils doivent obtenir une habilitation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Ils sont alors tenus à des obligations concernant notamment le fonctionnement de l'établissement, afin d'en rendre la gestion plus transparente (voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »). Ils sont qualifiés par la loi d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic)[1].

Les comptes financiers des Espic reviennent à l'équilibre en 2016

En 2016, les comptes financiers des Espic, anciennement sous dotation globale, continuent de s'améliorer pour retrouver une situation proche de l'équilibre, inédite depuis 2008. Leur déficit s'établit à 0,3 million d'euros (27 millions d'euros en 2015), soit 0,0 % des recettes totales, après -0,3 % en 2015 (*tableau 1*).

Le déficit des Espic, retracé par leur résultat net, correspond à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel. L'amélioration du résultat net depuis 2014 est soutenue par le résultat exceptionnel qui repart à la hausse et enregistre un excédent de 66 millions d'euros en 2016, après 49 millions en 2015 et 17 millions en 2014 (*graphique 1*). Le résultat d'exploitation s'est nettement dégradé entre 2012 et 2014. Il progresse depuis deux ans, mais reste légèrement déficitaire en 2016. Le résultat financier est structurellement déficitaire, en raison du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements. Son déficit se réduit toutefois lentement depuis 2013, pour s'établir à 61 millions d'euros en 2016, un montant équivalent à l'excédent du résultat exceptionnel.

Un peu moins de quatre Espic sur dix sont en déficit

Cette amélioration des comptes financiers concerne surtout les établissements pratiquant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), dont le déficit se réduit une nouvelle fois en 2016 pour atteindre -0,1 % des recettes, après -0,7 % en 2015. La situation des centres de lutte contre le cancer (CLCC), redevenue excédentaire en 2015, reste stable avec un résultat net correspondant à 0,4 % des recettes. À l'inverse, la situation se détériore pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) : le déficit se creuse en 2016 et atteint -0,6 % des recettes, après -0,1 % en 2015. À un degré moindre, la situation financière des établissements de psychiatrie se détériore également légèrement et devient déficitaire (-0,1 % de leurs recettes en 2016) après trois années à l'équilibre.

Au total, la proportion d'Espic déficitaires diminue en 2016 (38 %, après 40 % en 2015). En particulier, la part d'établissements de MCO déficitaires est passée de 46 % en 2015 à 43 % en 2016. Cette part a également reculé pour les établissements de SSR, de 43 % en 2015 à 39 % en 2016, mais elle reste stable pour les établissements de psychiatrie (28 % en 2016). Pour les CLCC, la part d'établissements déficitaires a

1. 75 % des entités géographiques du secteur privé non lucratif sont des Espic, dont notamment tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

augmenté en 2016 (39 %, après 28 % en 2015) mais reste très inférieure à ce qu'elle était en 2014 (61 %).

Les recettes des Espic sont estimées à 11,6 milliards d'euros

En 2016, les recettes totales des Espic ont augmenté de 4,2 % pour atteindre 11,6 milliards d'euros, dont 11,4 milliards imputables au budget principal. Ce dernier est ventilé en trois titres de recettes et en quatre titres de dépenses. L'Assurance maladie en finance 9,2 milliards d'euros (titre 1), soit 3,8 % de plus qu'en 2015, principalement par le versement des recettes de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres ressources retraçant la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2) progressent de 2,6 % pour s'établir à 0,7 milliard d'euros en 2016. Enfin, les autres recettes (titre 3) augmentent de 7,1 % pour atteindre 5 milliards d'euros.

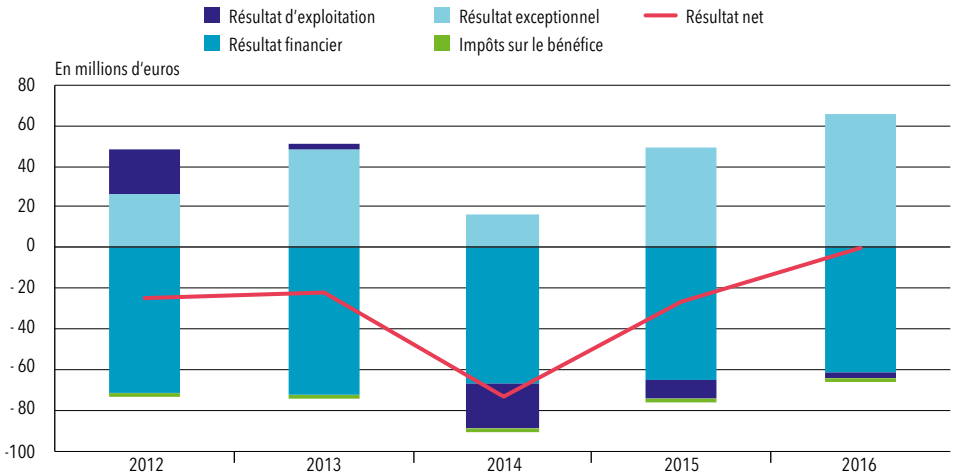
Tableau 1 Excédent ou déficit des établissements de santé privés d'intérêt collectif depuis 2008

En % des recettes

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ensemble des Espic	**-0,1**	**-0,1**	**-0,6**	**-0,4**	**-0,3**	**-0,2**	**-0,7**	**-0,3**	**0,0**
CLCC	**0,1**	**0,0**	**-0,3**	**-0,3**	**-0,6**	**-1,0**	**-0,6**	**0,4**	**0,4**
Autres Espic dont :	**-0,2**	**-0,2**	**-0,7**	**-0,4**	**-0,2**	**-0,1**	**-0,8**	**-0,4**	**-0,1**
MCO	-0,7	-0,5	-1,2	-0,9	-0,3	-0,3	-1,3	-0,7	0,1
psychiatrie	0,5	-0,1	-0,3	-0,2	-0,3	0,7	0,0	0,0	-0,1
SSR	0,5	0,4	0,0	0,5	0,1	0,0	-0,2	-0,1	-0,6

CLCC : centres de lutte contre le cancer ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).
Sources > ATIH, SAE, traitements DREES.

Graphique 1 Compte de résultat des établissements de santé privés d'intérêt collectif depuis 2012



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).
Sources > ATIH, SAE, traitements DREES.

Elles correspondent, par exemple, aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement.

Des dépenses moins dynamiques que les recettes permettent le retour à l'équilibre

En 2016, les dépenses des Espic sont estimées à 11,6 milliards d'euros, dont 98 % comptabilisées en budget principal. Leur évolution en 2016 (+3,9 %) reste inférieure à celle des recettes (+4,2 %), ce qui permet la réduction du déficit.

La hausse des dépenses s'explique en partie par une augmentation des dépenses à caractère médical (constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant), qui progressent de 9,8 % et s'élèvent à 1,9 milliard d'euros en 2016. Les dépenses de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses, progressent, elles, de 2,5 %. Pour le seul budget principal, ces dépenses atteignent près de 7 milliards d'euros.

Les dépenses à caractère hôtelier et général augmentent de 5,3 % en 2016 et s'établissent à 1,6 milliard d'euros pour le budget principal. Les dépenses d'amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles progressent, pour leur part, de 1,3 % en 2016, pour atteindre 0,9 milliard d'euros.

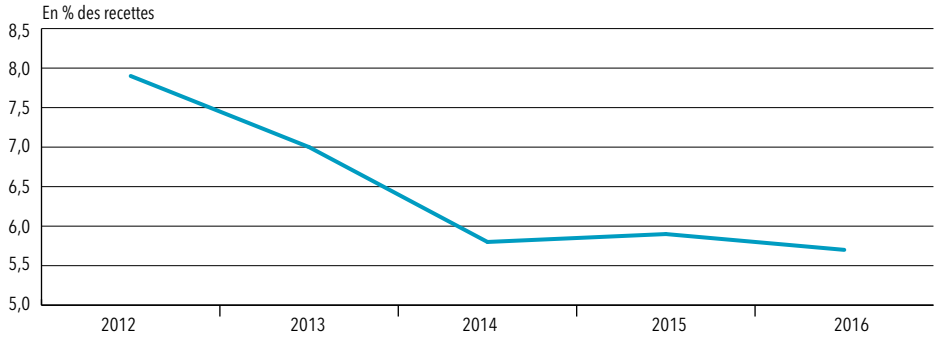
En 2016, les investissements représentent 5,7 % des recettes totales

Après un repli régulier de plusieurs années, l'effort d'investissement s'est stabilisé depuis 2014 en deçà de 6 % des recettes totales (7,9 % en 2012). Il s'établit à 5,7 % des recettes en 2016 (*graphique 2*). Cet effort d'investissement reste plus soutenu pour les CLCC, malgré une baisse en 2016 (7 %, contre 8,7 % en 2015), et dans une moindre mesure pour les établissements de SSR (6,1 %). Pour les établissements de MCO et de psychiatrie, les investissements représentent un peu plus de 5 % des recettes totales en 2016.

Cette modération de l'effort d'investissement, consentie depuis quelques années, a notamment permis de contenir les charges d'intérêt liées au financement de ces investissements, pour amorcer la lente amélioration du résultat financier observée depuis 2013.

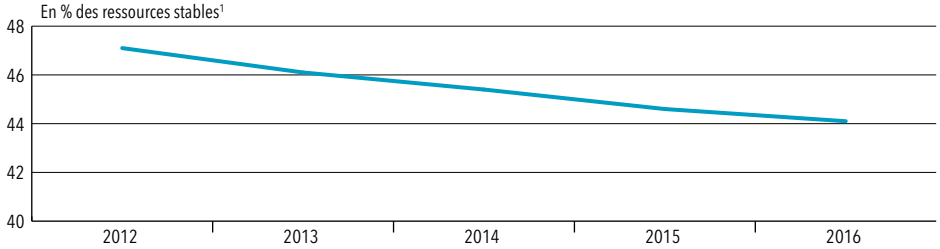
Parallèlement, l'encours de la dette des Espic ralentit et représente 28 % du chiffre d'affaires en 2016, contre 29 % en 2015. Le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), est en repli régulier depuis 2012. Il diminue de nouveau en 2016 pour atteindre 44,1 % (*graphique 3*). ■

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des établissements de santé privés d'intérêt collectif depuis 2012



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).
Sources > ATIH, SAE, traitements DREES.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des établissements de santé privés d'intérêt collectif depuis 2012



1. Les ressources stables sont constituées des capitaux propres et des dettes financières.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).
Sources > ATIH, SAE, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte). Cette fiche porte sur les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) anciennement sous dotation globale (ex-DG). Les établissements sont classés en quatre catégories selon la nature de leur activité :

> les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ;

> les établissements pratiquant les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (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 des données financières de l'enquête Comptes financiers avec celles de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), qui fournit des informations sur l'activité des établissements.

Sources

Les données financières sont issues de l'enquête Comptes financiers réalisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui les collecte auprès des établissements de santé ex-DG. En 2016, les données de 513 établissements sont étudiées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

Définitions

> **Établissements de santé 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 l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

> **Recettes :** elles correspondent aux recettes totales définies par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les recettes de l'activité hospitalière, les recettes financières et exceptionnelles.

> **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 d'activité de l'établissement.

35 La situation économique et financière des hôpitaux publics

En 2016, les comptes financiers des hôpitaux publics se redressent après trois années de dégradation. Leur déficit, réduit de moitié par rapport à 2015, s'élève à 190 millions d'euros, soit 0,3 % des recettes.

Après trois années de dégradation, les comptes financiers se redressent en 2016

En 2016, la situation financière des hôpitaux publics s'améliore, après trois années de détérioration. Le déficit total du résultat net se réduit de moitié et atteint 190 millions d'euros (contre 400 millions en 2015). La rentabilité nette, ratio qui rapporte le résultat net (excédent ou déficit) aux recettes, repart à la hausse après trois années de repli et s'établit à -0,3 % en 2016, un niveau proche de celui de 2013 (*tableau 1*).
Le résultat net est la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel. La détérioration du résultat net depuis 2012 est liée à la dégradation du résultat d'exploitation, alors que celui-ci progressait chaque année depuis 2007 (*graphique 1*). L'amélioration du résultat net en 2016 est soutenue par le résultat d'exploitation, qui enregistre un excédent de 350 millions, après un excédent de 200 millions d'euros en 2015. Toutefois, ce résultat reste très en deçà des niveaux observés au cours des dernières années. Structurellement déficitaire, en raison de la hausse du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements, le résultat financier demeure relativement stable en 2016 : son déficit s'élève à 970 millions d'euros en 2016, contre 1,1 milliard en 2015. Enfin, le résultat exceptionnel diminue légèrement mais se maintient à un niveau élevé (430 millions d'euros, après 475 millions en 2015), ce qui en fait le premier contributeur du résultat net.

Près d'un hôpital public sur deux est en déficit

L'amélioration de la situation financière concerne notamment les centres hospitaliers régionaux (CHR). Moins de CHR (hors Assistance publique – Hôpitaux de Paris) se retrouvent en situation déficitaire (16 en 2016, contre 21 en 2015) et leur déficit représente 30 % du déficit global cumulé en 2016, contre 38 % en 2015. Leur rentabilité nette progresse sensiblement et s'établit à -0,5 % en 2016, contre -1,3 % en 2015 et -0,7 % en 2014.
Au total, la proportion d'établissements déficitaires diminue en 2016 (48 %, contre 51 % en 2015). Le déficit cumulé des établissements déficitaires s'établit à 725 millions en 2016, contre 798 millions d'euros en 2015. L'essentiel de ce déficit reste concentré sur un petit nombre d'établissements : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de 40 établissements en 2016 alors qu'en 2015, 25 établissements concentraient la moitié de ce déficit. Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé continue de progresser et s'établit à près de 540 millions d'euros en 2016, contre 400 millions en 2015.

Les recettes des hôpitaux publics sont estimées à près de 78,5 milliards d'euros

En 2016, les recettes totales des hôpitaux publics, hors rétrocession de médicaments, poursuivent leur progression (+2,3 % en 2016, après +2,1 % en 2015). Elles atteignent 78,5 milliards d'euros, dont 69,2 milliards imputables au budget principal.
Le budget principal est ventilé en trois titres de recettes et en quatre titres de dépenses. L'Assurance maladie en finance un peu plus de 53 milliards d'euros (titre 1), soit 1,9 % de plus qu'en 2015, principalement par le versement des recettes de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres ressources retraçant la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2) diminuent de 1,2 % pour s'établir à 5,5 milliards d'euros en 2016. Enfin, les autres recettes (titre 3) augmentent de 6,8 % pour atteindre 10,4 milliards d'euros. Elles correspondent,

par exemple, aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement.

Des dépenses moins dynamiques que les recettes

En 2016, les dépenses du secteur public sont estimées à 78,7 milliards d'euros, dont 88 % comptabilisés en budget principal. Contrairement aux trois années précédentes, leur évolution en 2016 (+2,0 %) est inférieure à celle des recettes (+2,3 %), ce qui permet la réduction du déficit.

Comme en 2015, la progression des dépenses s'explique en partie par une augmentation des dépenses à caractère médical (constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant), qui progressent de 4,7 % (comme en 2015) et s'élèvent à 10,1 milliards d'euros en 2016. Les dépenses de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses, continuent de ralentir (+1,2 % après +1,8 % en 2015 et +2,7 % en 2014). Pour le seul budget principal, ces dépenses s'élèvent à 45,4 milliards d'euros.

Les dépenses à caractère hôtelier et général progressent de 2,8 % en 2016 et atteignent 7 milliards d'euros pour le budget principal. Les dépenses d'amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles progressent, elles, de 3,5 % pour atteindre 7 milliards d'euros en 2016.

Le recul de l'effort d'investissement se poursuit

Les investissements représentent 4,1 milliards d'euros en 2016 et l'effort d'investissement, ratio des dépenses d'investissement rapportées aux recettes, continue de reculer pour la septième année consécutive. L'effort d'investissement s'est avéré très soutenu jusqu'en 2010 sous l'impulsion des plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012. En 2016, il s'établit à 5,9 %, contre 6,6 % en 2015 (*graphique 2*).

Tableau 1 Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2002

En % des recettes

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ensemble HP	**0,9**	**0,5**	**1,0**	**0,3**	**-0,4[1]**	**-0,9**	**-0,6**	**-0,4**	**-0,4**	**-0,6**	**0,2**	**-0,2**	**-0,4**	**-0,6**	**-0,3**
CHR															
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7[1]	-0,2	0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3	-0,1	-0,2	0,6	0,9
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	-0,7	-1,3	-0,5
Autres CH															
Grands CH	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1	0,0	-0,3	-0,7	-0,3
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,7	-1,1	0,0	-0,7	-0,9	-0,9	-1,7
Petits CH	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,4	0,7	0,5	-0,3	0,3
CH ex-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	0,6	0,7	0,7
CH spécialisés en psychiatrie	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4	-0,1	0,0	0,3	1,0

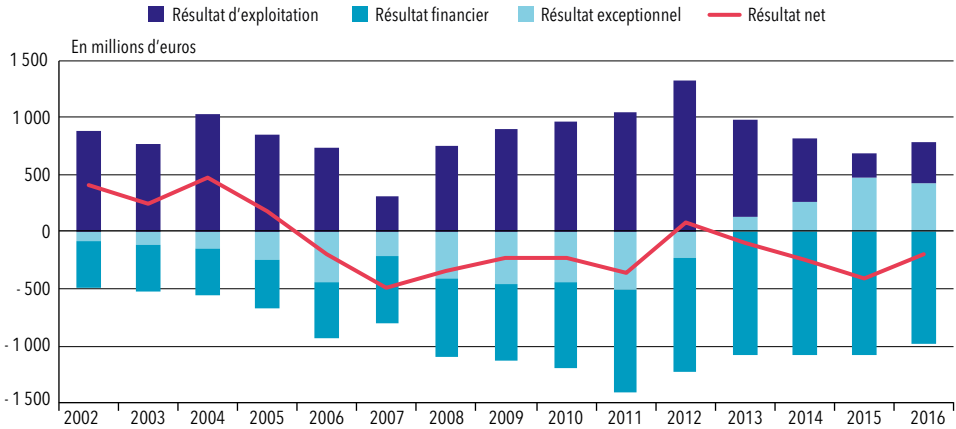
HP : hôpitaux publics ; CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris.
1. Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité économique de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.
Note > 1 CH est devenu CHR en 2012.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFiP, SAE, traitements DREES.

L'encours de la dette en voie de stabilisation

Parallèlement à la diminution de l'effort d'investissement, l'encours de la dette des hôpitaux publics ralentit encore pour atteindre 29,9 milliards d'euros en 2016 (29,7 milliards d'euros en 2015), dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. L'encours de la dette représente 43,5 % du chiffre d'affaires en 2016, contre 43,9 % en 2015.

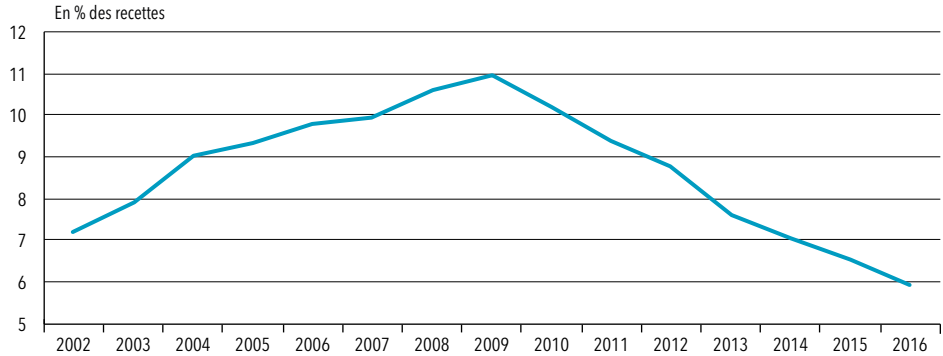
Toutefois, le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), progresse de 1 point par rapport à 2015 pour atteindre 51,5 % (*graphique 3*). Alors que l'encours de la dette se stabilise, cette nouvelle dégradation du taux d'endettement s'explique par la baisse du niveau des capitaux propres des hôpitaux publics en 2016 : le déficit récurrent des hôpitaux publics engendre en effet des opérations comptables sur le poste « report à nouveau déficitaire », qui conduisent à réduire les capitaux propres. ■

Graphique 1 Compte de résultat des hôpitaux publics depuis 2002



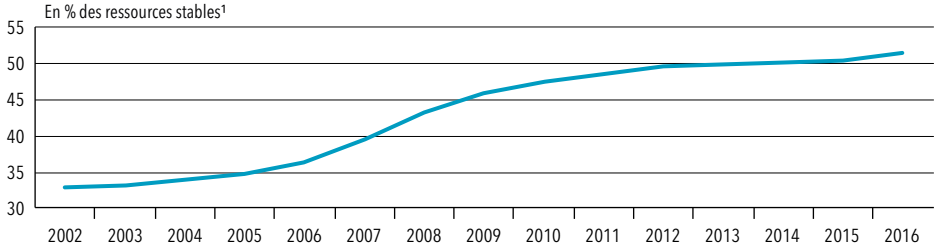
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFiP, SAE, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics depuis 2002



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFiP, SAE, traitements DREES.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics depuis 2002



1. Les ressources stables sont constituées des capitaux propres et des dettes financières.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFiP, SAE, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ
France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors service de santé des armées (SSA). Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 871. Seules les recettes hors rétrocession ont été retenues dans l'analyse.

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 uniquement les établissements sanitaires dans le champ de l'étude.

Définitions
> **Recettes :** elles correspondent aux recettes totales définies par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les recettes de l'activité hospitalière, les recettes financières et exceptionnelles.

> **Centres hospitaliers (CH) :** ils sont classés, dans cette fiche, en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs recettes : 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).

> **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.

> **Résultat d'exploitation :** il fait référence aux recettes et dépenses liées à l'exploitation normale et courante de l'établissement.

> **Résultat exceptionnel :** il 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.

> **Résultat financier :** il concerne les recettes et les dépenses 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.** (2017). La situation économique et financière des hôpitaux publics. Dans Beffy, M., Roussel, R., Héam, J.-C., *et al.* (dir.). *Les Dépenses de santé en 2016 – Résultats des comptes de la santé* (p. 76-79). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

3

Vue d’ensemble

Fiches thématiques

Annexes

Annexe 1
Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leurs statuts juridiques, leurs activités et leurs modes de financement. Ce chapitre présente le cadre juridique qui prévaut en 2018, après la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS). L'année de référence des données présentées dans l'ouvrage est 2016. 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 de personnels. Par exemple, la présentation traditionnelle – établissements publics, établissements privés à but non lucratif et établissements privés à but lucratif – est conservée pour l'année 2016 dans certaines fiches, sans nécessairement distinguer, au sein des établissements de santé privés à but non lucratif, ceux ayant fait le choix du service public hospitalier. Ces derniers sont désormais qualifiés, conformément à la loi, d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

Le statut des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé, aussi dénommés « hôpitaux publics », sont des personnes morales de droit public ayant une autonomie administrative et financière, soumis au contrôle de l'État. Leur statut est défini par l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique (CSP), qui précise que leur objet principal n'est ni industriel ni commercial et qu'ils sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. 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 (ARS) dans les autres cas. Deux grands types d'hôpitaux publics sont identifiés. 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 les soins courants à la population proche (article L. 6141-2). Lorsque les CHR ont passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ils sont alors dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU). Ce sont des 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).

Les établissements publics de santé peuvent par ailleurs 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 activités de recherche mentionnées à l'article L. 6111-1. […] Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique […] s'appliquent aux fondations hospitalières » (article L. 6141-7-3).

Le statut des établissements privés de santé

Les établissements privés de santé sont des personnes morales de droit privé. Ils 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.).

Les établissements privés à but non lucratif peuvent être qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) dès lors qu'ils assurent le service public hospitalier (article L. 6161-5 du CSP). C'est le cas de tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC) définis à l'article L. 6162-1, ainsi que des

établissements de santé privés gérés par certaines personnes morales de droit privé (mentionnées au 1° du II de l'article 1er de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014, relative à l'économie sociale et solidaire), remplissant les conditions (dont celle de poursuivre un but non lucratif) et ayant obtenu l'habilitation mentionnée à l'article L. 6112-3 du CSP.

Les missions des établissements de santé

Les missions générales liées à l'hospitalisation et aux soins

La mission générale des établissements hospitaliers est définie par l'article L. 6111-1 du CSP, qui les dénomme établissements de santé. Quel que soit leur statut, ils « assurent dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans 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 départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé 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 développer des alternatives à l'hospitalisation, pour éviter une hospitalisation à temps complet ou en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées, décrites à l'article R. 6121-4, se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles comprennent les activités de soins dispensées par :

- les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, pour « des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale » ;
- les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, pour « des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire ».

Les établissements de santé peuvent également développer une activité d'hospitalisation à domicile, visant à assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés (article R. 6121-4-1). Ils se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS), les établissements « mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits » (article L. 6111-1-1) et « peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire » (article L. 6111-1-3).

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les établissements de santé, publics et privés, 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 autres missions générales

Aux activités générales d'hospitalisation des patients confiées à tous les établissements de santé s'ajoutent d'autres missions également définies au dernier alinéa de l'article L. 6111-1. D'après cet article, les établissements « peuvent participer

à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical ».
Enfin, 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).

Le service public hospitalier, une mission spécifique

Ces missions peuvent, sans que cela ne constitue une obligation, être réalisées dans le cadre du service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1 du CSP. Dans cette situation, les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées, par obligation légale, ainsi que les établissements qui en ont fait le choix et ont été habilités à cette fin par le directeur général de l'ARS sont tenus de respecter trois types d'obligations (article L. 6112-2) :
– des garanties accordées aux patients pour faciliter l'accès aux soins, dont notamment l'absence de dépassement d'honoraires (hors prise en charge à la demande expresse du patient, et après approbation par celui-ci d'un devis comprenant honoraires et dépassements éventuels, dans le cadre de l'activité libérale intrahospitalière des praticiens statutaires exerçant à temps plein) ;
– des obligations dans le fonctionnement de l'établissement afin d'en rendre la gestion plus transparente (transmissions des comptes) mais surtout afin d'entendre et de prendre en compte la parole des usagers (participation des usagers à la gouvernance de l'établissement) ;
– des garanties contribuant à la qualité et à l'accessibilité des soins au niveau des territoires.

Les statuts diversifiés des personnels travaillant dans les établissements de santé

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 exercent de façon conjointe une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils sont régis par un statut unique et comprennent :
– des personnels titulaires relevant de la fonction publique d'État : les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), qui sont des fonctionnaires en leur qualité de personnels enseignants titulaires des universités ;
– des praticiens hospitaliers universitaires (PHU), qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;
– des personnels non titulaires : les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU).
Les praticiens hospitaliers (PH) sont régis par des statuts spécifiques figurant dans le CSP et ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière. De même, les praticiens contractuels, assistants des hôpitaux et praticiens attachés sont régis par des dispositions statutaires prévues par le CSP. Ces médecins interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers.
Avec la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics ont été 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 (article L. 6146-2). Le directeur d'un établissement public de santé peut en décider sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'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 établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), ils accueillent majoritairement des salariés de droit privé. Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), ils peuvent accueillir des praticiens, notamment de jeunes médecins en contrat à durée déterminée (CDD), en dérogation au Code du travail (quant à la durée et à l'objet des CDD), pour renforcer leur organisation et offrir aux patients un meilleur accès aux soins. Des professionnels libéraux peuvent également y intervenir. Par ailleurs, un praticien hospitalier peut être détaché, en qualité de salarié, dans les cliniques privées chargées d'une ou plusieurs des missions de service public hospitalier mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1, 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 de santé public peut recruter un assistant des hôpitaux et, par voie de convention de coopération, le mettre à disposition d'un Espic durant une partie de son temps de travail (articles R. 6152-501 et R. 6152-502). De même, les praticiens attachés peuvent être recrutés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles. Les personnels hospitalo-universitaires peuvent, eux, être affectés dans un établissement privé associé à leur CHU de rattachement, dans le cadre d'une convention d'association.

Enfin, les établissements publics et les Espic 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 ont également la possibilité d'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.

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

Peu fréquent — Situation majoritaire — Situation impossible

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH) Personnels temporaires (PHU) Personnels non titulaires (CCU-AH/AHU)	Article L. 952-21 du Code de l'éducation. Articles 1er 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 L. 6142-5 du Code de la santé publique)	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)
	Salarié de droit public, praticien, attaché, PH	Articles R. 6152-1 et R. 6152-604 du Code de la santé publique	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)
Salarié de droit privé				
Profession libérale		Possible (article L. 6146-2 du Code de la santé publique)	Article L. 6161-9 du Code de la santé publique et article L. 162-22-6 b et c du Code de la Sécurité sociale	Article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale
En formation (interne)		Article R. 6153-8 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique

Les personnels non médicaux

Les personnels non médicaux des établissements publics de santé dépendent de la fonction publique hospitalière. Environ 85 % d'entre eux sont des fonctionnaires relevant des titres I et IV du statut 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).

Les personnels des établissements de santé privés, eux, sont soumis aux dispositions du Code du travail, avec des conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privés à but lucratif ou non) et des clauses particulières dans leur contrat de travail.

Les groupements de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire (GCS), créé par les ordonnances de 1996, a connu de nombreuses évolutions juridiques, jusqu'à devenir un des outils de coopération privilégié des établissements de santé. Il sert de cadre non seulement à des coopérations entre les secteurs public et privé, mais également entre la médecine de ville et l'hôpital. Doté de la personnalité morale publique ou privée, le GCS a pour particularité de devoir inclure au minimum un établissement de santé, quelle que soit sa nature juridique, et d'être ouvert à tout acteur concourant à la réalisation de son objet.

Le GCS de moyens, forme la plus commune qui couvre 96 % des structures, permet de mutualiser des moyens de toute nature : moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, équipements, moyens immobiliers, systèmes d'information, etc. Les structures de droit public constituent un peu plus de la moitié des GCS de moyens (57 %).

Les GCS concernent potentiellement tous les secteurs : gestion d'activités support (informatique, logistique, fonctions administratives ou immobilières), activités médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire, imagerie, blocs opératoires), activités de soins (interventions médicales croisées, permanence des soins) ou encore de recherche et d'enseignement. Ces coopérations poursuivent des objectifs variés et complémentaires : recherche de qualité, acquisition d'équipements innovants ou encore performance interne.

Désormais, la mise en commun de moyens peut également être au service de l'exploitation d'autorisations de soins ou d'équipements médicaux lourds (EML), par le GCS lui-même (article L. 6133-1 du CSP) sur un site unique et pour le compte de ses membres, qui restent titulaires des autorisations. Ces GCS de moyens dits « exploitants » peuvent même opter pour une facturation directe sur autorisation du directeur général de l'ARS. Ce nouveau dispositif (ordonnance n°2017-28 du 12 janvier 2017 et décret n°2017-631 du 25 avril 2017) a vocation à proposer un cadre adapté aux projets les plus intégrés.

Les GCS peuvent également être constitués en établissement de santé (GCS-ES). Généralement issus de GCS de moyens, ils sont restés en nombre très limité, compte tenu du degré d'intégration requis.

La vocation mixte du GCS aura tendance à se confirmer avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (LMSS), instrument privilégié des partenariats au sein du secteur public.

Les groupements hospitaliers de territoires

La LMSS prévoit un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire : les groupements hospitaliers de territoire (GHT). L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. Cette nouveauté permettra, en renforçant l'inscription des hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant au mieux aux besoins de la population.

Au cours de l'année 2017, les 135 GHT ont transmis aux ARS leur projet médico-soignant partagé, définissant l'organisation des activités entre chaque établissement, par filière de prise en charge. Pour

mettre en œuvre ce projet médico-soignant partagé, l'établissement support est devenu compétent au 1er janvier 2018 pour assurer la gestion des systèmes d'information, des achats, du département de l'information médicale (DIM), la coordination des écoles et instituts de formation paramédicale, et la coordination des plans de formation et développement professionnel continu, et ce pour le compte des autres établissements de son GHT. À ce titre, l'établissement support est seul compétent pour passer des marchés depuis le 1er janvier 2018.

L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) pilotent le système de santé en région. Ce sont des établissements publics de l'État à caractère administratif, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général (article L. 1432-1).

Leurs missions s'organisent en deux grandes catégories définies à l'article L. 1431-2 du CSP. Elles sont d'abord chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé, 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. Dans ce cadre :

a) elles organisent l'observation de la santé dans la région, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

b) elles contribuent à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

c) elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en fonction des orientations 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 informer et 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.

Les ARS ont également pour mission de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, pour répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et de garantir l'efficacité du système de santé. À ce titre :

a) elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations de différents acteurs : les professionnels de santé, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, les personnels qui apportent une assistance dans les actes quotidiens de la vie, au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, ou dans certains établissements de formation ou médico-sociaux mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), les aidants et les accueillants familiaux (articles L. 441-1 et L. 444-1 du CASF). Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui favorisent le lien social des personnes âgées et les actions de modernisation de l'aide à domicile ;

b) elles autorisent la création et les activités des établissements de santé (*encadré 1*) et des installations de chirurgie esthétique (définies aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3) ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés au b) de l'article L. 313-3 du CASF. Elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence. Elles attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (article L. 113-3 du CASF) ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle (articles L. 114-1-1 et L. 144-3 du CASF) et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 du même code ;

c) elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de

la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population. Elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) mentionnées à l'article L. 1434-12 et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 ;
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 des interventions en matière de prévention, de promotion de la santé, 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 bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;
f) elles veillent à assurer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et

Encadré 1 Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2018, selon l'article R. 6122-25, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes :

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

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) les identifie à l'aide d'un triplet composé des éléments suivants : activité/modalité/forme. Par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de chirurgie cardiaque (activité), qui soigne des adultes (modalité) en hospitalisation complète (forme).
Par ailleurs, en 2018, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants (article R. 6122-26) :
- caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- scanographe à utilisation médicale ;
- caisson hyperbare ;
- cyclotron à utilisation médicale.

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 la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins ou le complétant. 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. À ce titre, elles publient un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et interventions chirurgicales. La personne publique désignée par l'État (article L. 6113-8) en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région ;

h) 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 ;

j) elles sont chargées d'organiser les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (articles L. 6327-1 et L. 6327-2) ;

k) elles favorisent des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé ;

l) elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ;

m) elles s'associent avec l'ensemble des acteurs de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou tout autre organisme de recherche pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé ;

n) enfin, dans le respect des engagements internationaux de la France et en accord avec les autorités compétentes de l'État, elles sont autorisées à développer des actions de coopération internationale en vue de promouvoir les échanges de bonnes pratiques avec leurs partenaires étrangers.

Le PRS recentré sur le schéma régional de santé (SRS, ex-SROS-SRP-SROMS)

La LMSS a rénové les projets régionaux de santé (PRS) afin d'en renforcer le caractère stratégique et l'opérationnalité. Le PRS définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS) et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre (articles L. 1434-1 et L. 1434-2). Il est constitué de trois éléments :

1° un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

2° un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (Orsan, article L. 3131-11). Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé (article L. 434-12), par les contrats territoriaux de santé mentale (article L. 3221-2) ou par les contrats locaux de santé (article L. 1434-10) ;

3° un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Dans les territoires frontaliers et les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, le projet régional de santé organise, lorsqu'un accord-cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin.

Nouveauté par rapport aux PRS précédents, il est mis un terme à l'approche segmentée de l'organisation régionale. Les notions de schéma régional de prévention (SRP), schéma régional d'organisation des soins (SROS, volet ambulatoire et hospitalier) et schéma régional d'organisation médico-social (SROMS) sont désormais remplacées par une vision unifiée qui prendra la forme d'un seul schéma régional de santé (SRS), dans un but de transversalité et de complémentarité des acteurs, avec le souci de promouvoir les parcours de santé. Défini à l'article L. 1434-3, ce SRS devra dorénavant :

- indiquer les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours (articles L. 1411-11 et L. 1411-12), dans le respect de la liberté d'installation. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux[1] ;
- fixer les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement de matériel lourd (EML), les créations et suppressions d'activités de soins et d'EML, et enfin les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;
- fixer les objectifs en matière d'évolution de l'offre des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'une évaluation des besoins ;
- définir l'offre d'examens de biologie médicale, en fonction des besoins de la population.

Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins ne seront plus définis sur la base de territoires de santé, mais de zones du SRS se décomposant en deux types de zonages : ceux donnant lieu à la répartition des activités de soins et d'EML soumis à autorisation ; ceux donnant lieu à l'implantation des laboratoires de biologie médicale. Ces zonages ne doivent pas être confondus avec les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou particulièrement élevée mentionnées à l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique. La démocratie en santé, visant à renforcer les liens comme les échanges entre les représentants des professionnels, des usagers et les élus, se fera, elle, à l'échelle des territoires de démocratie sanitaire arrêtés par les ARS à l'échelle infrarégionale, au sein desquels sont installés les conseils territoriaux de santé (CTS). Ceux-ci se substituent aux conférences de territoires réunissant l'ensemble des parties prenantes de ces territoires.

Le financement

Deux modes de financement distincts selon les disciplines

Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2004, les modes de financement des établissements de santé sont déterminés par les disciplines exercées et, accessoirement, par leur statut juridique.

S'agissant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), le modèle de financement est fondé principalement sur une tarification à l'activité (T2A). Elle a été introduite en 2004 dans les établissements publics et privés à but non lucratif financés antérieurement par dotation globale (dits « établissements ex-DG ») et en 2005 dans les établissements privés (à but lucratif ou non) jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (dits « établissements sous objectif quantifié national » ou « ex-OQN »). La T2A rémunère l'activité de soins produite dans ces disciplines quels que soient le type de séjour (hospitalisation complète, partielle, à domicile) et le statut de l'établissement, à l'exception des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon. À noter que si la T2A s'applique aussi bien aux établissements ex-DG qu'aux établissements privés ex-OQN, et se trouve régulée dans des objectifs communs aux deux secteurs d'établissements, chaque secteur se voit néanmoins appliquer des tarifs différents, car renvoyant notamment à des périmètres comptables distincts. En effet, les tarifs des établissements ex-OQN n'incluent pas les honoraires perçus par les médecins, comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'objectif national des dépenses d'assurance

1. Les ARS ne peuvent contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de leviers financiers pour les y inciter.

maladie (Ondam) et non dans les dépenses hospitalières. Ces tarifs sont toutefois calculés selon une méthodologie commune. Le périmètre de la T2A a été élargi aux établissements militaires (service de santé des armées [SSA]) depuis le 1er janvier 2009 et aux établissements de Guyane depuis le 1er janvier 2010, avec une mise en œuvre progressive se terminant en 2018. Ce modèle de financement a également fait l'objet de plusieurs évolutions depuis 2012 (voir *infra*).

La psychiatrie et les unités de soins de longue durée demeurent financées *via* une dotation annuelle de financement (DAF) pour les établissements publics ou privés à but non lucratif, ou *via* des prix de journée pour les établissements privés à but lucratif (ou les établissements privés à but non lucratif ayant opté pour ce mode de tarification).

Concernant spécifiquement les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), l'article 78 de la LFSS pour 2016, modifié par l'article 82 de la LFSS pour 2017, a défini un nouveau modèle de financement. Le modèle cible dont la mise en place est envisagée, commun aux secteurs public et privé, repose sur une dotation modulée à l'activité (DMA) composée d'une part « socle » et d'une part « activité » et s'appuyant sur une description de l'activité de SSR. À cette DMA sont associés trois compartiments, qui ont vocation à être mis en œuvre progressivement, pour financer les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), les molécules onéreuses ainsi que les plateaux techniques spécialisés des établissements de SSR.

La mise en œuvre de ce nouveau modèle de financement a débuté au 1er mars 2017 par une période transitoire, durant laquelle le financement des établissements de SSR a combiné les anciennes et les nouvelles modalités de financement :

– une part majoritaire est fondée sur la DAF pour les établissements publics et privés à but non lucratif, et sur les prix de journée pour les établissements privés à but lucratif ou non ayant opté pour ce mode de tarification ;

– une part minoritaire est fondée sur la part « activité » de la DMA.

Les établissements de SSR peuvent également être éligibles à certaines missions d'intérêt général propres à ce champ.

Les évolutions apportées depuis 2012 au modèle de financement des activités MCO

Depuis 2012, plusieurs évolutions ont été apportées au modèle de financement des activités MCO. Elles sont articulées autour de trois axes principaux.

Tout d'abord, **pour garantir l'accessibilité territoriale aux soins et maintenir l'offre de soins de proximité**, de nouvelles modalités de financement pour les établissements et activités isolées ainsi que pour les hôpitaux de proximité ont été définies.

– Concernant les activités isolées : l'article 41 de la LFSS pour 2014 visait à contrebalancer les limites de la T2A pour les établissements dont l'activité, bien qu'indispensable, ne suffit pas à équilibrer le financement. Il repose sur l'instauration de critères objectifs permettant de qualifier l'isolement. Le forfait « activités isolées » vient ainsi compléter le modèle de financement en T2A et il est calculé à partir d'un niveau d'activité manquant pour atteindre l'équilibre financier. Il est éventuellement complété d'une part variable, restant à l'appréciation de l'ARS *via* le fonds d'intervention régional (FIR), en contrepartie d'engagements de l'établissement, notamment en matière de coopération. Le dispositif est opérationnel depuis 2015.

– Concernant les hôpitaux de proximité : la spécificité et le rôle des hôpitaux dits de proximité ont été reconnus dans l'article 52 de la LFSS pour 2015, qui vise à conforter l'activité et la présence des professionnels de santé de premier recours dans les zones les plus fragiles, en conformité avec l'engagement n° 11 du Pacte territoire santé. L'hôpital de proximité est défini comme un établissement de santé autorisé en médecine, jouant un rôle déterminant dans l'appui au premier recours, positionné sur l'hébergement des personnes âgées et travaillant fortement avec des médecins libéraux. Les établissements ainsi reconnus hôpitaux de proximité bénéficient, à compter du 1er janvier 2016, d'une dotation modulée à l'activité (finançant leur activité de médecine). Cette dotation est constituée d'une dotation forfaitaire garantie construite, à partir d'une fraction des recettes historiques, et d'une dotation organisationnelle et populationnelle calibrée sur la base des caractéristiques du territoire. Les établissements bénéficient également, le cas échéant, d'un complément de financement lié à leur activité.

Ensuite, pour **mieux tenir compte de la qualité et de la pertinence des soins produits par les établissements de santé**, l'article 51 de la LFSS pour 2015 a permis de compléter la T2A d'une dimension consacrée à la qualité et à la sécurité des soins. En 2016, un forfait visant l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) a ainsi été mis en place. Cette démarche, initiée à titre expérimental dès 2014, a été généralisée en 2016 à tous les établissements du champ MCO, dont l'hospitalisation à domicile (HAD). Ce modèle permet de faire de la qualité de la prise en charge des patients l'un des critères d'allocation de la ressource budgétaire aux établissements de santé, en rupture avec le modèle antérieur dans lequel elle n'était pas directement prise en compte.
Enfin, pour **améliorer la lisibilité des tarifs et garantir une juste allocation des ressources entre les activités et les établissements**, les évolutions tarifaires annuelles sont mises en œuvre en respectant le principe de neutralité tarifaire, qui vise à mieux articuler les tarifs des prises en charge avec les coûts constatés pour les établissements de santé. Des travaux ont également été engagés depuis plusieurs années pour améliorer la qualité et la fiabilité des données issues des études nationales de coûts (ENC) menées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le décret en conseil d'État du 26 septembre 2016 est ainsi venu donner une base réglementaire à ces études et a également mis en place une procédure élargie de sélection des établissements participants, lorsque l'échantillon des seuls établissements volontaires ne permet pas de garantir une représentativité suffisante.
Des aménagements nouveaux de la T2A ont été apportés par l'article 79 de la LFSS pour 2017, à la suite des recommandations du rapport Véran. Ces évolutions, applicables à compter de 2017, concernent notamment l'introduction, dans le modèle de financement des établissements MCO, d'un niveau intermédiaire de tarification entre prise en charge externe et hôpital de jour et d'un vecteur adapté pour l'administration et la facturation en environnement hospitalier de certains médicaments. Cet article pose également les bases de la réforme du modèle de financement des unités de soins critiques (réanimation, surveillance continue et soins intensifs) en introduisant, pour ces dernières, le principe d'une dotation complémentaire aux recettes d'activité. Cette réforme du financement des soins critiques devra toutefois s'articuler de façon cohérente avec les travaux menés dans le cadre de la réforme des autorisations et ne sera donc pas effective avant la campagne tarifaire 2020.

L'Ondam hospitalier

Depuis 2006, et jusqu'en 2016, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) était divisé en deux sous-objectifs hospitaliers distincts pour les établissements de santé (les 2e et 3e sous-objectifs de l'Ondam), en fonction de leur type de dépenses : celles qui relèvent de la T2A et les autres dépenses relatives aux établissements de santé (*schéma 1 et tableau 2*). En 2017, ces deux sous-objectifs ont été fusionnés en un seul sous-objectif « Ondam établissements de santé », afin d'améliorer la lisibilité et le suivi des dépenses hospitalières. Ce nouveau sous-objectif unique est composé de plusieurs enveloppes :
- l'ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), qui recouvre l'ensemble des dépenses d'assurance maladie correspondant à la masse tarifaire MCO, à celle de l'hospitalisation à domicile (HAD), aux forfaits annuels et aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus ;
- la dotation finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), dont l'objet est principalement de financer les activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifables, telles que la recherche ou l'enseignement par exemple (article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale). La liste des Migac est fixée par arrêté ;
- l'ODSSR (objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation), qui recouvre l'ensemble des dépenses de ces établissements, notamment : DAF, prix de journée et DMA ;
- l'Odam (objectif des dépenses d'assurance maladie) qui agrège les dépenses des établissements de psychiatrie sous dotation annuelle de fonctionnement et celles des unités de soins de longue durée (USLD) ;
- l'OQN (objectif quantifié national) qui comprend les dépenses des établissements de psychiatrie privés financés en prix de journée ;
- le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui contribue au financement de l'investissement hospitalier. ■

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'Ondam

En millions d'euros

		Dépenses hospitalières dans l'Ondam, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, et USLD (ODSSR, Odam et OQN)	Ondam T2A : ODMCO + dotation Migac	Ondam T2A, partie ODMCO	Ondam T2A, partie dotation Migac
2009	Dépenses constatées	69 106	17 701	51 405	43 727	7 678
2010	Dépenses constatées	70 334	17 668	52 665	44 866	7 799
2011	Dépenses constatées	72 014	18 120	53 894	45 774	8 120
2012[1]	Dépenses constatées	73 303	18 480	54 815	47 144	7 671
2013	Dépenses constatées	73 104	18 799	54 305	48 185	6 120
2014	Dépenses constatées	74 491	19 076	55 415	49 525	5 895
2015	Objectifs initiaux	76 060	19 298	56 762	50 518	6 243
2015	Dépenses constatées	75 960	19 169	56 791	50 609	6 182
2016	Objectifs initiaux	77 380	19 263	58 117	51 767	6 350
2016	Dépenses constatées	77 359	18 993	58 366	51 874	6 492
2017	Objectifs initiaux	78 919	19 386	59 533	52 965	6 568

Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; FMESPP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée ; ODSSR : objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie ; OQN : objectif quantifié national ; T2A : tarification à l'activité ; ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

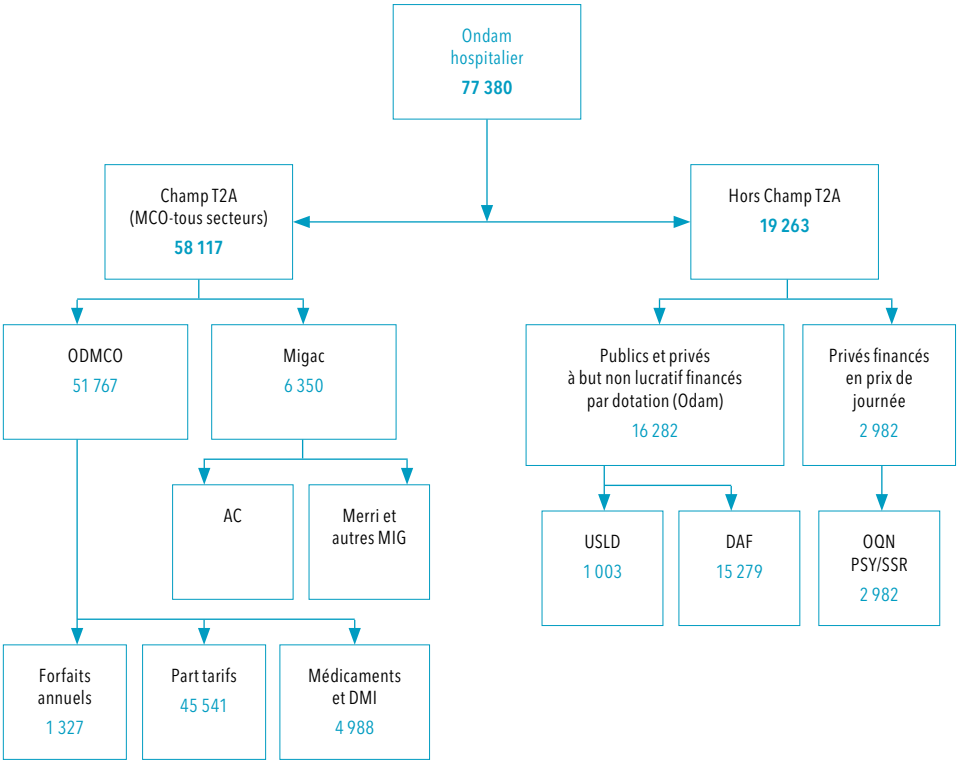
1. À compter de 2012, année de création du fonds d'intervention régional (FIR), les dépenses de l'enveloppe Migac ne comprennent plus les crédits venus abonder le FIR, lequel est devenu un sous-objectif à part entière au sein de l'Ondam à compter de 2014.

Champ > Données hors fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et champ non régulé.

Sources > Dépenses constatées : ATIH, analyse de l'activité hospitalière. Objectifs 2017 : DGOS.

Schéma 1 La décomposition de l'Ondam hospitalier en 2016

En millions d'euros



Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ; Merri : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation ; MIG : missions d'intérêt général ; AC : aide à la contractualisation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie ; DMI : dispositifs médicaux implantables ; USLD : unité de soins de longue durée ; DAF : dotation annuelle de financement ; OQN PSY/SSR : objectif quantifié national, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation.
Note > Dans ce décompte, il s'agit des objectifs initiaux pour 2016, hors fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et champ non régulé.
Source > DGOS.

Annexe 2
Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Description

Depuis 1975, il existe une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en tant que telle a été mise en place en 1994, puis refondue en 2000 et en 2013. Les objectifs de ces refontes étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs, d'améliorer la connaissance du système médical, de tenir compte de la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), de permettre une analyse localisée de l'offre de soins et d'alléger la charge de réponse des établissements de santé en intégrant les informations sur l'activité des établissements de santé provenant du PMSI.

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. 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 s'articulent autour de quatre parties : capacités, activité, équipement et personnel.

Champ

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (Métropole et DROM), incluant les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins[1]. Les services des établissements de santé assurant la prise en charge sanitaire des détenus et les établissements du service de santé des armées (SSA) sont également compris. Les données des établissements du SSA sont intégrées dans les résultats depuis 2010, sauf indication contraire dans l'ouvrage.

Mode d'interrogation

Depuis la refonte de 2013, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour les établissements publics et privés (exception faite de la psychiatrie), alors que le recueil de l'information s'effectuait auparavant au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics. Depuis la refonte de la SAE pour les données 2013, certaines données d'activité, jusque-là déclarées par les établissements, sont préremplies au cours de la collecte de la SAE avec des données issues des PMSI-MCO et HAD (certaines étant modifiables par les établissements dans le questionnaire SAE, d'autres étant non modifiables). Depuis la SAE 2016, les données d'activité sur les soins de suite et de réadaptation (SSR) sont également préremplies à partir du PMSI-SSR.

Diffusion

Les données validées par les établissements de santé en fin de collecte de la SAE sont intégralement mises à disposition sur le site de diffusion de la SAE et sur le site data.drees (sous forme de bases de données)[2]. Par ailleurs, certaines données peuvent faire l'objet de retraitements statistiques dans le cadre d'études.

---

1. Les activités de soins d'assistance médicale à la procréation (AMP) et de prélèvements d'organes font l'objet de recueils d'informations distincts et ne sont pas concernés.
2. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data, rubrique « Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux » puis « La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ».

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 MCO. En 1993 apparaît un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR), rendu obligatoire pour les établissements publics à partir de 1997 avant d'être généralisé en 2003. Mis en place en 2005, le PMSI-HAD est exploité par la DREES dès 2006. Après une première expérimentation, le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie se met en place à partir de la fin 2006 (RIM-P). Ces recueils portent sur l'activité suivie par séjour ou par semaine de prise en charge. Il est possible également d'agréger des informations par patient grâce à une clé de chaînage (numéro anonyme permanent et unique attribué à chaque patient, établi sur le numéro de Sécurité sociale, la date de naissance, le sexe, etc.), qui permet de faire le lien entre les différentes hospitalisations d'un même patient. On se limite alors aux patients pour lesquels cette clé ne contient pas d'erreur.

Le PMSI-MCO

- Le recueil PMSI-MCO

Le PMSI-MCO recueille, pour chaque séjour, des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour, depuis 1997. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (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 matière de caractéristiques médicales, d'une part, et de durée de séjour, d'autre part. Les nomenclatures en cours 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). Cet ouvrage utilise la version V2016 de la classification GHM. La nomenclature des GHM en V2016 comportant près de 2 600 postes, des regroupements ont été effectués à l'aide d'une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à rassembler les GHM en groupes d'activité, eux-mêmes rassemblés 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 (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 de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. Cela permet également d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains des écarts constatés pouvaient notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvrait pas totalement l'activité en MCO. Certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, entre autres, n'y répondaient pas. Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements au PMSI-MCO. En raison de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI-MCO au fil du temps, en particulier depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ce redressement n'est plus nécessaire. En MCO, les données d'activité et les durées de séjour présentées dans cet ouvrage 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 auprès 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 objectif de

rapprocher ces concepts entre le PMSI-MCO et la SAE. Pour les fiches de cet ouvrage se fondant sur le 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 auprès de leur mère) sont exclus. Du fait de la nouvelle refonte de la SAE à partir des données 2013, la convergence entre SAE et PMSI-MCO sur les concepts d'activité s'est encore renforcée, puisque les variables portant sur l'activité en MCO dans la SAE sont désormais préremplies grâce à des données issues du PMSI-MCO. Par exemple, les séjours comptabilisés dans la SAE correspondent désormais aux séjours terminés dans l'année, alors qu'auparavant la SAE mesurait les séjours commencés dans l'année, ce qui pouvait occasionner de légers écarts avec les séjours recensés par le PMSI.

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 optiques retenues pour la 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 pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie – chirurgie ambulatoire. Le typage des unités médicales du PMSI, entre unités médicales d'hospitalisation complète et unités médicales d'hospitalisation partielle, permet alors d'utiliser la répartition de l'activité du PMSI-MCO pour préremplir certaines variables d'activité de la SAE. Une autre optique est néanmoins envisageable à partir du PMSI-MCO, celle de définir le mode d'hospitalisation en fonction de la durée constatée du séjour. Celle-ci est alors 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 est 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 est classé en hospitalisation complète. Cette dernière optique est retenue dans cet ouvrage pour les fiches décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers.

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 concernant la classification des séjours selon les disciplines d'équipement. Dans la SAE, pour la répartition entre médecine et chirurgie, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie). Un séjour est considéré comme « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré et comme « médical » si le lit est recensé 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 et qui se fonde là aussi sur le typage des unités médicales dans le PMSI, entre unités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Dans les fiches de cet ouvrage décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers, l'ambition est davantage de décrire les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond donc au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du GHM du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il est classé en obstétrique. L'affectation se fait 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 est qualifié de médical. Pour ces deux types de répartition de l'activité (entre hospitalisation complète et partielle, d'une part, et entre médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie d'autre part), les données du PMSI permettent de comparer les deux optiques possibles : celle de la SAE en matière de lieu d'hospitalisation grâce au typage des unités médicales et celle relative à l'activité réalisée (*tableaux 1 et 2*).

Le PMSI-SSR

Le PMSI-SSR, apparié par la DREES avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant des soins de suite et de réadaptation et de disposer, chaque année, 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. Les soins de suite ne sont plus distingués de ceux de rééducation et de réadaptation, mais sont fusionnés avec ces derniers dans une modalité unique d'activité en SSR. Cette modalité unique se traduit par une autorisation de soins polyvalente, complétée parfois par des autorisations de soins plus spécialisées dans certaines prises en charge : appareil locomoteur, systèmes nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, etc. Les autorisations sont également déclinées en fonction des populations prises en charge (enfants, adolescents et personnes âgées).

• Le recueil PMSI-SSR

Depuis 2003, le PMSI-SSR recueille, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation). La morbidité est détaillée grâce aux recueils de la finalité principale de prise en charge,

Tableau 1 Répartition du nombre de séjours en fonction du lieu d'hospitalisation et de l'activité réalisée en 2016

En milliers

Lieu d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Répartition des séjours en fonction de l'activité réalisée (*via* le groupage GHM)			
	Chirurgie	Médecine	Activité interventionnelle (techniques peu invasives)	Obstétrique
Chirurgie	5 098	950	2 143	46
Médecine	382	5 432	1 130	26
Gynécologie-obstétrique	173	118	36	1 162
Dialyse	0	2	1	0
Urgence	17	1 190	9	2

Lecture > La majorité des séjours se déroulant dans une unité médicale de chirurgie sont accompagnés d'un acte de chirurgie (5 098 milliers) ou d'un acte interventionnel (2 143 milliers), mais 950 milliers sont des séjours de médecine et 46 milliers des séjours d'obstétrique.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition du nombre de séjours en fonction du mode d'hospitalisation issu du typage des UM et de la durée effective du séjour (avec ou sans nuité) en 2016

En milliers

Mode d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Nombre total de séjours	Nombre de séjours de plus de un jour (avec nuitée)	Nombre de séjours de moins de un jour (sans nuitée)
Hospitalisation complète (HC)	10 804	9 581	1 223
Mixte (HC / HP)[1]	952	612	340
Hospitalisation partielle (HP)	6 160	59	6 102

1. Lors du typage des unités médicales dans le PMSI, pour certaines unités médicales, le mode d'hospitalisation n'est pas prédéfini comme « complet » ou « partiel » et la possibilité est laissée aux établissements de définir le mode d'hospitalisation de l'unité médicale comme étant mixte. C'est le cas, par exemple, des unités de médecine gériatrique ou pédiatrique (UM 27 et 28).
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

de la manifestation morbide principale, de l'affection étiologique, pour ce qui est de la morbidité principale, et grâce au recueil des diagnostics associés pour la comorbidité. 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 des catégories majeures (CM), puis dans des groupes nosologiques (GN) à partir de tests effectués sur les trois variables diagnostiques de la morbidité citées ci-dessus. Lorsque le GN est déterminé, le RHS est orienté dans des racines de groupes médico-économiques (RGME), puis dans des groupes médico-économiques (GME), selon l'âge du patient, la dépendance physique ou cognitive, les actes pratiqués, la date d'intervention chirurgicale, etc. La nomenclature utilisée est la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le codage des variables de morbidité, la classification commune des actes médico-techniques (CCAM) pour les actes médico-techniques et le catalogue spécifique des activités de rééducation-réadaptation (CSARR) pour les actes de rééducation-réadaptation. Publié en 2012, ce dernier est utilisé depuis 2013 dans le PMSI-SSR, exclusivement pour décrire et coder l'activité des professionnels concernés dans les établissements de SSR.

- Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-SSR et la SAE

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-SSR sont rapprochées de celles de la SAE par la DREES, pour mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, les équipements et le personnel. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation (SSR). En 2016, la couverture du PMSI-SSR est quasi exhaustive. Par ailleurs, depuis 2013, les structures qui ne fournissent pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale de SSR, si bien que le PMSI ne fait plus l'objet d'une pondération pour corriger la non-réponse. Le recueil PMSI fournit des indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour. Les durées de séjour sont recalculées à partir de ces informations.

- Calcul de l'activité : mise en cohérence du PMSI-SSR et de la SAE

Jusqu'en 2014, des écarts existaient au niveau de la mesure de l'activité. En particulier, la SAE mesurait les séjours commencés dans l'année, contrairement au PMSI, qui mesure tous les séjours. Depuis 2015, la convergence entre SAE et PMSI-SSR sur les concepts d'activité a été assurée. Depuis 2016, les séjours et les journées de la SAE sont préremplies avec le PMSI-SSR.

Le PMSI-HAD

- Le recueil PMSI-HAD

Le PMSI-HAD permet de mesurer l'activité des structures d'HAD et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients (sexe, âge et lieu de résidence), des diagnostics principaux 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 de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. En 2016, la couverture du PMSI-HAD est quasi exhaustive, à six établissements près. Par ailleurs, les structures ne fournissant pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale d'HAD. La refonte de la SAE a permis de renforcer la convergence entre les deux sources sur les concepts d'activité. Depuis 2013, les séjours et les journées de la SAE sont préremplies avec le PMSI-HAD.

Le PMSI-psychiatrie (RIM-P)

Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P), équivalent du PMSI-MCO, mis en place en 2006, permet le recueil d'informations standardisées, médicalisées et anonymisées par l'ATIH

auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Il fournit une description médicale détaillée de l'activité psychiatrique en distinguant trois natures de prise en charge : l'hospitalisation à temps complet, l'hospitalisation à temps partiel et l'ambulatoire (consultations et soins externes). Le recueil repose sur la collecte de données relatives aux patients suivis par ces établissements (âge, sexe, pathologies, etc.) et leurs modalités de prise en charge. Les prises en charge hospitalières à temps complet et à temps partiel (réalisées dans les établissements publics et privés) sont décrites à travers des séjours enregistrés au moyen d'un ou de plusieurs résumés appelés « séquences ». Il est possible d'obtenir dans ce cadre un parcours, au sein du milieu hospitalier, caractérisé par un nombre donné de séquences qui reflète la fragmentation des séjours et, dans une certaine mesure, l'interdépendance des séjours pour chaque patient. Les prises en charge ambulatoires (réalisées dans des établissements publics et des établissements de santé privés d'intérêt collectif [Espic]) sont décrites à travers des actes en fonction de leur nature, du lieu de réalisation et du type d'intervenant.

Les déclarations annuelles de données sociales (DADS)

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative commune aux administrations sociales et fiscales, que toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année doit remplir. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro Siret, code APE [activité principale exercée], 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 fichier statistique qui en est issu, appelé DADS – Grand format, permet notamment d'observer l'emploi et les rémunérations versées dans les établissements de santé, publics et privés.

Le système d'information des agents du secteur public (Siasp)

Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) est une source d'information spécifique aux trois fonctions publiques. Ces données, produites par l'Insee, sont exploitées par la DREES sur le champ de 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.). Auparavant traitées de la même manière que les données du secteur privé, les données relatives à la FPH sont, depuis 2009, incluses dans le dispositif du Siasp, ce qui implique une rupture de série. 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 que la nouvelle nomenclature des emplois (NNE) pour la fonction publique d'État, la NEH permet d'observer avec précision l'emploi et les salaires par corps, grades et catégories de la fonction publique hospitalière.

Concepts utilisés dans les DADS et dans le Siasp

Poste : au sens des DADS – Grand format et du Siasp, un poste correspond à une personne dans un établissement. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts ont donc plusieurs postes. Cette notion de poste permet ainsi de recenser l'ensemble des personnes en emploi (hors intérimaires) au cours d'une année et de décrire cette période d'emploi (nombre d'heures travaillées, début et fin de la période d'emploi, durée de la période d'emploi). La durée du poste 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, il est possible de 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 un nombre d'emplois, soit en rapportant le nombre d'heures travaillées d'un poste à 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'emplois 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, deux postes sont recensés (un dans chaque établissement) dans les DADS – Grand format ou dans le Siasp, un seul finissant au 31 décembre. En revanche, au sens de la SAE, un seul emploi présent au 31 décembre est recensé, dans le second établissement. Avant la refonte de la SAE en 2013, les effectifs étaient comptabilisés comme le nombre de personnes physiques sous contrat en décembre et les ETP étaient calculés pour les personnels rémunérés en décembre. À partir de 2013, les effectifs sont comptabilisés comme le nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre et les ETP sont des ETP moyens annuels (moyenne des ETP mensuels). Par ailleurs, à partir de l'exercice 2011, le champ du Siasp et des DADS – Grand format est plus large que celui de la SAE. Le Siasp et les DADS – Grand format recensent l'ensemble des emplois des entités juridiques sanitaires, tandis que la SAE comptabilise uniquement le personnel des établissements sanitaires. Ils ne prennent pas en compte les emplois des établissements médico-sociaux et de formation dépendant d'entités juridiques sanitaires.

Condition d'emploi : un poste est dit à temps complet (ou à 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 (à 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 les sources en entrée des DADS – Grand format ou du Siasp. Il est net de toute cotisation sociale, y compris de la CSG (contribution sociale généralisée) et de la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale). Pour chacun des postes, le salaire est donné en équivalent temps plein (ETP), ce qui correspond à la somme qu'aurait perçue le salarié s'il avait travaillé toute l'année à temps plein. Les moyennes sont obtenues en pondérant les salaires annualisés par les ETP, c'est-à-dire au *prorata* de la durée d'emploi et de la quotité travaillée de chaque poste. 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 correspond au salaire net moyen 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 Bureau van Dijk (BvD) pour les cliniques privées à but lucratif. Ces dernières déposent leurs liasses fiscales auprès des greffes des tribunaux de commerce. Pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), ce sont les données de l'enquête Comptes financiers, réalisée par l'ATIH, qui sont utilisées.

Données de consommation des médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) de la liste en sus

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), un dispositif dérogatoire est prévu afin de garantir le financement des produits innovants et particulièrement onéreux, ce qui permet à la fois d'assurer la diffusion du progrès technique et de prendre en compte des profils de pathologie atypiques. Ces spécialités sont inscrites sur la liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation, dite liste en sus. Les données de cette liste sur les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) consommés par les établissements de santé proviennent du PMSI, et plus précisément du FichComp, fichier que tous les établissements de santé doivent produire et transmettre à l'ATIH. Ces données contiennent le montant au prix d'achat et le nombre administré pour chaque code unité commune de dispensation (UCD) pour les médicaments, ou code liste des produits et prestations (LPP) pour les DMI.

Des données agrégées sur la consommation globale de médicaments et DMI de la liste en sus sont accessibles *via* le portail ScanSanté de l'ATIH, plateforme de restitution en ligne de données sur les

établissements de santé. Ce portail, en accès libre, met à disposition des informations financières, d'activité, de qualité et de performance des établissements publics et privés sur les différents champs d'activités : MCO, HAD, SSR et psychiatrie. Mis en place en 2015, il succède au Système national d'information sur l'hospitalisation (Snatih).

Les sources des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)

L'ensemble des données des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) est collecté et restitué aux établissements sur des plateformes sécurisées de l'ATIH, pour le compte de la Haute Autorité de santé (HAS).

Les indicateurs de structures

Les données des indicateurs de structure relèvent du thème des « Infections associées aux soins » (IAS). Elles sont collectées à partir d'un questionnaire établissement *ad hoc* hébergé sur la plateforme Bilan LIN (lutte contre les infections nosocomiales). Les établissements concernés y sont inscrits et ont pour obligation de s'y connecter et d'y saisir les données demandées[3]. Le calcul des indicateurs est réalisé directement sur la plateforme par l'ATIH.

Les indicateurs de processus calculés à partir de données du dossier patient

Les données issues de l'analyse de dossiers de patients sont collectées à partir d'un questionnaire *ad hoc* (spécifique au thème étudié) hébergé sur la plateforme QualHAS[4]. Les établissements concernés y sont inscrits et doivent y saisir les informations demandées. Un logiciel tire au sort les dossiers patients à partir de la base PMSI de l'établissement et transmet la liste sur QualHAS, verrouillant ainsi la liste des dossiers à analyser (contrôle *a priori*). Pour chaque dossier patient, un questionnaire est renseigné. Le calcul des indicateurs est réalisé directement sur la plateforme QualHAS par l'ATIH.

Les indicateurs de résultat calculés à partir du PMSI-MCO

Les indicateurs de résultat sont calculés à partir de la base PMSI-MCO scellée. Un algorithme validé par la HAS est appliqué par l'ATIH pour le calcul et les résultats sont restitués aux établissements sur QualHAS.

Les indicateurs de résultat calculés à partir d'un questionnaire patient

Les indicateurs de satisfaction des patients sont collectés sur la plateforme e-Satis, selon la procédure suivante : les établissements de MCO inscrits sur la plateforme doivent collecter en continu les adresses mails des patients concernés par l'enquête de satisfaction (hospitalisés plus de 48 heures) et les déposer régulièrement sur la plateforme[4]. Un mail est alors envoyé aux patients, il contient un lien qui leur permet de répondre directement au questionnaire *ad hoc* sur la plateforme e-Satis. À date fixe, la base est figée et les indicateurs sont calculés et restitués directement par la plateforme. ■

3. À l'issue de chaque recueil annuel, les agences régionales de santé (ARS) contrôlent les données dans 10 % des établissements concernés.
4. Ce type de recueil a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

Annexe 3
Liste des sigles

A

AE : affection étiologique
AHU : assistant hospitalier universitaire
AMP : assistance médicale à la procréation
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APE (code) : activité principale exercée
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
ASE : agent stimulant de l'érythropoïèse
ATC (classification) : anatomique, thérapeutique et chimique
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVC : accident vasculaire cérébral
AVQ : activités de la vie quotidienne

C

CA : chiffre d'affaires
CAF : capacité d'autofinancement
CAS : catégorie d'activités de soins
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCU-AH : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux
CDD : contrat à durée déterminée
CDI : contrat à durée indéterminée
CH : centre hospitalier
CHR : centre hospitalier régional
CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales
CHU : centre hospitalier universitaire
CICE : crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
CIM : classification internationale des maladies
CLCC : centre de lutte contre le cancer
CM : catégorie majeure
CMP : centre médico-psychologique
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPEF : centre de planification ou d'éducation familiale
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale
CSARR : catalogue spécifique des actes de rééducation-réadaptation
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CSG : contribution sociale généralisée
CSO : centre spécialisé de l'obésité
CSP : Code de la santé publique
CTS : conseil territorial de santé
CV : coefficient de variation

D

DADS : déclaration annuelle de données sociales
DAF : dotation annuelle de financement
DG : dotation globale
DGFiP : Direction générale des finances publiques
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DIM : département de l'information médicale
DMA : dotation modulée à l'activité
DMI : dispositif médical implantable
DMS : durée moyenne de séjour
DROM : départements et régions d'outre-mer

E

EBE : excédent brut d'exploitation
EJ : entité juridique
Ehpa : établissement d'hébergement pour personnes âgées
Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EML : équipement de matériel lourd

ENC : étude nationale de coûts
ES : établissement de santé
Espic : établissement de santé privé d'intérêt collectif
EQTP (salaire en) : salaire en équivalent temps plein
ET : entité géographique ou établissement
ETP : équivalent temps plein

F

FFI : faisant fonction d'interne
Finess : fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR : fonds d'intervention régional
FMESPP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FMV : forfait médicaments de ville
Fnehad : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
FNSP : Fondation nationale des sciences politiques
FPH : fonction publique hospitalière
FPPC : finalité principale de prise en charge

G

GCS : groupement de coopération sanitaire
GHM : groupe homogène de malades
GHPC : groupe homogène de prises en charge
GHS : groupe homogène de séjours
GHT : groupement hospitalier de territoire
GME : groupe médico-économique
GN : groupe nosologique

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires
HC : hospitalisation complète
HP : hospitalisation partielle
HPP : hémorragie du post-partum

I

IAS (thème) : infections associées aux soins
ICA : indice conjoncturel d'avortement
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
ICSHA.2 : indicateur de consommation de produits hydroalcooliques version 2
Ifaq : incitation financière à l'amélioration de la qualité
Igas : Inspection générale des affaires sociales
IMG : interruption médicale de grossesse
IN : infections nosocomiales
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
IQSS : indicateur de qualité et de sécurité des soins
IRM : imagerie par résonance magnétique
ISBLSM : institution sans but lucratif au service des ménages
IVG : interruption volontaire de grossesse

L

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
LIN (bilan) : lutte contre les infections nosocomiales
LMSS : loi de modernisation de notre système de santé
LPP : liste des produits et prestations

M

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MCS : médecin correspondant du Samu
MCU-PH : maître de conférences des universités-praticien hospitalier
MECS : maison d'enfants à caractère sanitaire
Merri : mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIG : mission d'intérêt général
Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MMP : manifestation morbide principale
MSA : Mutualité sociale agricole

N

Naf Rev2 : nomenclature d'activités française, deuxième révision
NEH : nomenclature des emplois hospitaliers
NET : nomenclature des emplois territoriaux
NNE : nouvelle nomenclature des emplois

O

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie

ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
ODSSR : objectif national de dépenses de SSR
OMS : Organisation mondiale de la santé
Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie
Onic : orientation nationale d'inspection-contrôle
OQN : objectif quantifié national
ORL : oto-rhino-laryngologie
Orsan : organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle

P

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PCS : professions et catégories socioprofessionnelles
PEP : phase d'évaluation préopératoire
PH : praticien hospitalier
PHA : produit hydroalcoolique
PHU : praticien hospitalier universitaire
PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI : protection maternelle infantile
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
Propias : programme national de prévention des infections associées aux soins
PQE : programme de qualité et d'efficience
PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS : projet régional de santé
PSPH : participant au service public hospitalier
PTG : prothèse totale de genou
PTH : prothèse totale de hanche
PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier

R

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
RGME : racines de groupes médico-économiques
RHS : résumé hebdomadaire standardisé
RIM-P : recueil d'information médicale en psychiatrie
RSI : Régime social des indépendants

S

SAE : statistique annuelle des établissements de santé
Samu : service d'aide médicale urgente
SCD : soins de courte durée
Siret (numéro) : système informatique pour le répertoire des entreprises sur le territoire
Siasp : système d'information des agents du secteur public
SLD : soins de longue durée
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
SNA : salaire net annuel moyen
Snatih : système national d'information sur l'hospitalisation
SNC : système nerveux central
SNS : stratégie nationale de santé
Sniiram : système national d'information interrégimes d'assurance maladie
SROS : schéma régional d'organisation des soins
SROMS : schéma régional d'organisation médico-social
SRP : schéma régional de prévention
SRS : schéma régional de santé
SSA : service de santé des armées
Ssiad : service de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation

T

T2A : tarification à l'activité
TBIN : tableau de bord des infections nosocomiales
TEP : tomographe à émission de positons
TJP : tarif journalier de prestation

U

UCD : unité commune de dispensation
UFR : unité de formation et de recherche
UNV : unité neuro-vasculaire
USLD : unité de soins de longue durée

V

VIH : virus d'immunodéficience humaine