

PANORAMAS DE LA

DREES
SANTÉ

Les établissements de santé

ÉDITION 2017



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

PANORAMAS
W
RA
O
A
A

Les établissements de santé

ÉDITION 2017

FRANCO-RAVANS

Les établissements de santé - édition 2017

Sous la direction de **Fabien Toutlemonde**

Coordination

Bénédicte Boisguérin

Rédaction

Sébastien Bine, Bénédicte Boisguérin, Céline Dennevault, Athémane Dahmouh, Arnaud Fouchard, Inès Khati, Ingrid Lefebvre-Hoang, Léa Mauro, Élodie Pereira, Christine de Peretti, Sylvie Renard-Dubois, Axel Renoux, Raphaël Trémoulu, Annick Vilain, Albert Vuagnat, Engin Yilmaz

Directeur de la publication

Jean-Louis Lhéritier

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Secrétaire de rédaction

Laura Dherbecourt

Maquettiste

NDBD

Création graphique

Philippe Brulin

Avant-propos

Dans la collection « Panoramas », *Les établissements de santé* proposent, chaque année, une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. Pour la présente édition, ce sont les données de l'année 2015 qui sont présentées pour la France métropolitaine et les départements et régions d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe¹, Guyane, La Réunion et Mayotte).

À travers une trentaine de fiches pédagogiques et synthétiques, accompagnées d'illustrations, de tableaux, de cartes, de graphiques et d'annexes, cet ouvrage fournit les chiffres clés sur l'activité et les capacités des structures hospitalières, ainsi que sur les personnels et leur rémunération. Il propose une analyse plus détaillée d'activités spécifiques comme la médecine, la chirurgie et l'odontologie, 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 éléments de cadrage économique et financier. Les principales définitions nécessaires à la compréhension du texte et les références bibliographiques les plus pertinentes sont intégrées dans chaque fiche.

Cet ouvrage est élaboré à partir des sources de référence que sont, notamment, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les programmes de médicalisation des systèmes d'information pour la médecine, la chirurgie, 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, ainsi que les déclarations annuelles de données sociales (DADS), complètent les sources mobilisées pour cet ouvrage.

¹. Y compris deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy, qui totalisent 89 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 2017

Vue d'ensemble	7
Fiches thématiques	17
Données de cadrage	19
Fiche 01 • Les grandes catégories d'établissements de santé	20
Fiche 02 • Les capacités d'accueil à l'hôpital	24
Fiche 03 • L'activité en hospitalisation complète et partielle	28
Fiche 04 • Les autres prises en charge hospitalières	32
Fiche 05 • Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens	36
Fiche 06 • Les internes dans les établissements de santé	40
Fiche 07 • Personnels non médicaux salariés et sages-femmes	44
Fiche 08 • Les salaires dans le secteur hospitalier	49
Fiche 09 • Les établissements de santé dans les départements et régions d'outre-mer : activité et capacités	53
Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie	57
Fiche 10 • Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie : activité et capacités	58
Fiche 11 • Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie : patientèle	62
Fiche 12 • Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie : principaux motifs de recours	65
Fiche 13 • La spécialisation en médecine	68
Fiche 14 • La spécialisation en chirurgie	72
Fiche 15 • La spécialisation en obstétrique	76
Les plateaux techniques	79
Fiche 16 • L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux	80
Fiche 17 • L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif	83
Les autres disciplines hospitalières	87
Fiche 18 • L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé	88
Fiche 19 • Les patients suivis en psychiatrie	92
Fiche 20 • Les structures d'hospitalisation à domicile	96

Fiche 21 • Les patients hospitalisés à domicile	100
Fiche 22 • Les établissements de soins de suite et de réadaptation.....	104
Fiche 23 • La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation.....	108
Fiche 24 • Les parcours de soins hospitaliers.....	112
Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière.....	117
Fiche 25 • La lutte contre les infections associées aux soins	118
Fiche 26 • La naissance : les maternités.....	121
Fiche 27 • La naissance : caractéristiques des accouchements.....	124
Fiche 28 • La médecine d'urgence.....	127
Fiche 29 • Les interruptions volontaires de grossesse.....	131
La situation économique du secteur	135
Fiche 30 • Les médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus	136
Fiche 31 • La part des établissements de santé dans la consommation de soins	140
Fiche 32 • La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif.....	143
Fiche 33 • La situation économique et financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif....	147
Fiche 34 • La situation économique et financière des hôpitaux publics.....	151

Annexes

157

Annexe 1 • Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé	158
Annexe 2 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé.....	173
Annexe 3 • Liste des sigles.....	181



Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

Trois types d'établissements de santé relevant de statuts juridiques différents composent le secteur hospitalier français. Leurs modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, ainsi que de participation aux missions de service public sont variés, tout comme les statuts de leurs personnels. Du fait du vieillissement de la population, de la hausse des pathologies chroniques et de la double exigence de qualité des soins et de maîtrise des dépenses, les établissements de santé et leur place dans le système de soins évoluent. Ils s'adaptent par des restructurations régulières et des coopérations nouvelles pour répondre à un éventail de besoins allant de prises en charge rapides et technicisées – liées au développement de l'ambulatoire – à des traitements plus lourds et plus longs pour des patients en affection de longue durée ou âgés, souvent polymédiqués.

Un paysage hospitalier très varié

Au 31 décembre 2015, le secteur hospitalier français est constitué de 3 089 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 1 389 entités géographiques du secteur public coexistent trois 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 ;
- 962 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 ;
- 96 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ;
- 153 autres établissements publics, correspondant pour la majorité à des unités de soins de longue durée (USLD).

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

- 1 009 cliniques privées à but lucratif ;
- 691 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 2015 pour le secteur privé à but lucratif et -2 % pour le secteur privé à but non lucratif. Ces mouvements tiennent à de nombreux facteurs, notamment liés à la rationalisation et à l'amélioration de la qualité des prises en charge.

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

En 2015, le secteur hospitalier a pris en charge 12 millions de séjours en hospitalisation complète et 16 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, 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

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



plus de dix ans, le nombre de séjours en hospitalisation complète, hors USLD, est en revanche globalement stable (graphique 1). Depuis 2012, le nombre de journées qui constituent ces séjours d'hospitalisation complète est également stable, avec une diminution en court séjour (MCO) et en psychiatrie et une progression en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) un peu plus sensible en 2015. 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 plus de 85 % des prises en charge, celle de moyen séjour (SSR) 9 %, et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée constituent, eux, une part à présent négligeable de l'activité. En hospitalisation partielle, les soins de MCO représentent 45 % des journées, ceux de SSR 23 % et la psychiatrie 32 %. Dans ce dernier secteur, à côté des prises en charge à temps complet et à temps partiel, la prise en charge ambulatoire, qui s'est fortement développée, est 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 2015, plus de 21 millions d'actes ont ainsi été réalisés en ambulatoire, notamment

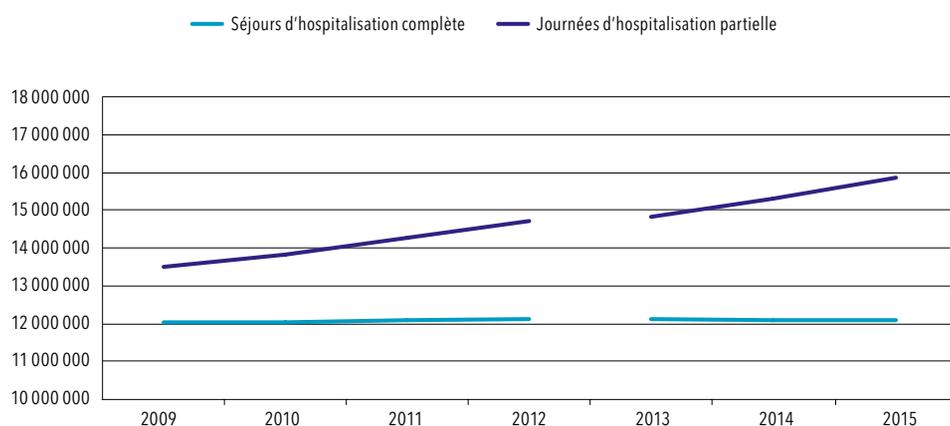
dans les 3 500 unités de consultation et centres médico-psychologiques (CMP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire.

Les alternatives à l'hospitalisation classique se développent

À ces prises en charge, il faut ajouter 12,6 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, elles aussi réalisées pour la plupart en soins ambulatoires (2,4 millions de séances de chimiothérapie ambulatoires, 6,4 millions de séances de dialyse, et 3,7 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 51 % des séances. Les 21 CLCC prennent également en charge une partie importante de l'activité de radiothérapie (23 % des séances) et de chimiothérapie ambulatoire (14 %).

Parmi les alternatives à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) continue de se développer, sur 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. Notamment, elle permet

Graphique 1 Activité en hospitalisation complète (séjours) et partielle (journées)



Champ > Hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2009-2015 ; ATI, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.

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 2015, 174 000 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,6 millions de journées (soit 3,8 % de l'ensemble des journées d'hospitalisation complète). Les 314 structures d'HAD comptabilisées en France sont en mesure de prendre en charge simultanément 15 200 patients.

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

En 2015, les 723 structures des urgences françaises ont pris en charge 20,3 millions de passages, soit 3,0 % de plus qu'en 2014. Cette progression prolonge la tendance observée depuis vingt ans. En 1996, le nombre de passage aux urgences s'établissait en effet à 10,1 millions pour la France métropolitaine et a augmenté ensuite, régulièrement, de 3,5 % par an en moyenne.

Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 28 000 patients par an, avec un nombre moyen de passages plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (25 000 passages en moyenne par an, contre 28 500). 18 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (pris dans sa globalité), une part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 22 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et deux structures sur trois, moins de 30 000. À l'opposé, 20 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 40 % de l'ensemble des passages. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 104 services d'aide médicale urgente (SAMU) et 410 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. 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 capacités d'hospitalisation à temps partiel se stabilisent en MCO

À l'évolution de l'activité hospitalière répond celle des capacités d'accueil. 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, avec des disparités régionales qui se réduisent progressivement. En 2015, 408 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé, soit 60 000 lits de moins qu'en 2003.

La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier en MCO (-23 000 lits en douze ans), mais ce sont surtout les capacités d'accueil de long séjour (USLD) qui ont fortement diminué, passant de 80 000 lits en 2003 à 32 000 en 2015, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Seules les capacités en moyen séjour (SSR) ont progressé, le nombre de lits étant passé de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2015. La psychiatrie fait également exception, avec un nombre de lits globalement stable, les alternatives à l'hospitalisation ayant été développées dès les années 1970.

En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 73 000 places en 2015, contre 49 000 en 2003. Le nombre de places semble toutefois se stabiliser depuis 2013 (graphique 2, hors USLD). C'est notamment le cas en MCO, qui représente 43 % des places offertes en 2015, après une progression de 14 000 places 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 (+3 000 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 doublé depuis 2003 (+7 000 places), cette progression se poursuit, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle.

Ces évolutions ont été rendues possibles, en court séjour notamment, par des innovations de technologies médicales et de traitements médicamenteux



Graphique 2 Capacités d'accueil en hospitalisation complète (lits) et partielle (places)



Champ > Hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2009-2015, traitements DREES.

(notamment en anesthésie), qui permettent d'effectuer en toute sécurité un nombre croissant d'interventions en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation s'accompagnant de nuitées. Le terme de « virage ambulatoire » est employé pour désigner ce mouvement, qui traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Des disciplines d'activité différentes selon le statut juridique

Les portefeuilles d'activité des établissements de santé par modes de prise en charge et par grandes disciplines reflètent leur spécialisation. Les soins de longue durée et la psychiatrie sont ainsi essentiellement pris en charge par les établissements publics, notamment pour l'activité de psychiatrie à temps partiel. L'activité de SSR est mieux répartie entre les différents types d'établissements, avec 39 % de journées d'hospitalisation à temps partiel et 28 % de séjours à temps complet dans les établissements privés à but non lucratif. En MCO, les soins en hospitalisation complète sont, eux, essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques privées, et 50 % des séjours d'hospitalisation partielle relèvent du secteur privé à but lucratif. Enfin, l'activité de HAD est dominée par le secteur privé à but non lucratif (58 % des séjours).

Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans le secteur public, tandis que les cliniques privées réalisent plus de la moitié de leur activité en chirurgie. Les établissements privés à but non lucratif sont dans une position intermédiaire, avec une activité de médecine proportionnellement plus faible que dans le public mais plus forte que dans le privé à but lucratif, et une activité de chirurgie 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 2015 sont situées 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 d'un jour et recouvre des actes quasi exclusivement programmés.

Tandis que les cliniques privées réalisent 64 % de la chirurgie ambulatoire (chirurgie de la cataracte, arthroscopie, chirurgie des varices, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes avec des temps de réalisation 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 723 structures d'urgences sont réparties sur 644 établissements de santé (un établissement pouvant avoir une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques), dont 482 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 régions du Sud de la France pour le court séjour. L'activité d'HAD est, elle, fortement concentrée sur certaines parties du territoire français, notamment à Paris et dans les Hauts-de-Seine, départements où ont été créées, à la fin des années 1950, les deux premières structures françaises d'HAD. L'organisation sanitaire des cinq départements ou régions français d'outre-mer (DROM) revêt, elle, une grande diversité. La Martinique et la Guadeloupe ont une capacité et une activité hospitalières comparables à celles de la Métropole, tandis qu'en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, les capacités hospitalières, rapportées à la population, sont nettement moins élevées et moins variées.

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

En 2015, 12,4 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour près des trois quarts des patients, l'hospitalisation a été un épisode unique au cours de l'année, cet épisode unique 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 a été faite exclusivement en court séjour pour 88,6 % des patients, exclusivement en moyen séjour pour 1,1 %, exclusivement en HAD pour 0,1 %, et exclusivement en psychiatrie pour 1,9 %. Un million de patients (8,3 %) ont eu une prise en charge en hospitalisation dans différents champs sanitaires en 2015.

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

En 2015, les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients hospitalisés en MCO, tous âges et tous sexes confondus, 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 aussi aux soins hospitaliers pour des motifs différents. Entre 15 et 44 ans, les séjours liés à la maternité représentent 40 % des hospitalisations en MCO pour les femmes, tandis que les maladies de l'appareil digestif prédominent chez les hommes.

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

Dans les années 1970, un long processus pour encadrer la pratique des accouchements et réduire les risques pour l'enfant et la mère a débuté. 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 2015, 528 maternités sont dénombrées en France métropolitaine et dans les DROM : 230 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 230 de type 2 (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie) et 68 de type 3 (possédant en plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 16 600 lits d'obstétrique et ont réalisé 785 000 accouchements², dont 778 000 sans décès d'enfant. Les maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (type 2 ou 3) sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (80 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 72 % des lits et 77 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de

2. Non compris les accouchements hors établissements et transférés en service obstétrique (environ 4 000 en 2015).



type 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 2015, contre la moitié en 2002.

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2015, en France métropolitaine, une maternité de type 1 effectue en moyenne 795 accouchements par an, contre 1 700 pour une maternité de type 2 et 3 145 pour une maternité de type 3. En 2015, près de 40 % des maternités de France métropolitaine réalisent ainsi au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996.

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

En 2015, 217 800 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France : 177 800 ont été pratiquées dans un établissement de santé en France, dont 80 % à l'hôpital public ; 3 100 ont été réalisées en centre de santé et en centre de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009 ; 36 900 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 14,9. Il s'établit à 14,4 en Métropole et varie du simple au triple d'un département à l'autre, de moins de 8 en Haute-Loire à 22 en Corse-du-Sud. 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 2015, les taux de recours, largement supérieurs à ceux observés en Métropole, s'élèvent à 21 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion, 28 en Martinique, 29 à Mayotte, 30 en Guyane et 33 en Guadeloupe.

Des effectifs hospitaliers stables, hormis le nombre d'internes en progression

Dans les établissements de santé, le personnel est composé de médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes (FFI), les sages-femmes et les personnels non médicaux. Leurs statuts et conditions

d'emploi varient selon la profession exercée et le statut de l'établissement où ils exercent. 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).

En 2015, le nombre d'emplois médicaux, y compris internes et FFI, dans les établissements de santé s'établit à 189 000³, soit une hausse de 1,1 % par rapport à 2014. Si les emplois salariés de médecins, odontologistes et pharmaciens, qui représentent 74 % de cet ensemble, sont stables, le nombre d'internes et de FFI continue de progresser à un rythme soutenu, tendance observée depuis le relèvement du *numerus clausus* en médecine à partir de 2000 et la réforme de l'internat de médecine en 2004. Le nombre de libéraux augmente aussi légèrement en 2015, mais reste proche du niveau moyen observé depuis 2010. 85 % des libéraux exercent dans les établissements privés à but lucratif.

Les personnels non médicaux et les sages-femmes représentent, en 2015, plus d'un million de salariés en équivalent temps plein (ETP), soit un nombre quasi stable par rapport à 2014 (+0,1 %). Ces effectifs comprennent notamment 708 000 personnels soignants en ETP (dont 15 000 sages-femmes, 313 000 infirmiers et 227 000 aides-soignants), 134 000 personnels administratifs et 111 000 personnels techniques. Les trois quarts de ces ETP exercent dans 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 90,8 milliards d'euros de dépenses en 2015, financées à 91,3 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (46,7 %) et 5,9 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 70,1 milliards d'euros pour le secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements

3. Il s'agit de l'ensemble des emplois, salariés et libéraux, sur l'ensemble des établissements, publics et privés. Il se distingue donc du décompte des effectifs salariés de la fonction publique hospitalière.

privés à but non lucratif⁴ et à 20,7 milliards pour le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées lucratives.

Le financement des établissements est 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 le 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.

La rentabilité des cliniques privées reste meilleure qu'entre 2008 et 2013

En 2015, la rentabilité des cliniques privées se replie légèrement mais reste à un niveau supérieur à celui observé de 2008 à 2013 (3 % du chiffre d'affaires), reflet du soutien apporté par le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE). Le taux

d'endettement des cliniques privées reste à son plus bas niveau depuis dix ans, tandis que le taux d'investissement repart légèrement à la hausse en 2015.

En revanche, les comptes financiers des hôpitaux publics continuent de se dégrader en 2015, pour la troisième année consécutive. Leur déficit global continue de se creuser, pour atteindre 400 millions d'euros. Leur rentabilité nette, qui était devenue positive en 2012 (0,2 % des recettes) après six années de déficit, s'est régulièrement dégradée depuis, pour atteindre -0,6 % en 2015. Le taux d'investissement continue de se replier, à la suite de plusieurs années d'investissement soutenu sous l'impulsion des plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012, et atteint 6,6 % en 2015 après 7,1 % en 2014. Parallèlement à cette diminution de l'effort d'investissement, le taux d'endettement se stabilise depuis 2012, autour de 50 % des ressources. Enfin, pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), anciennement sous dotation globale, le déficit se réduit de moitié en 2015, principalement du fait des CLCC, qui renouent avec une situation bénéficiaire pour la première fois depuis 2009. Ceci permet à l'effort d'investissement de se stabiliser (5,4 % des ressources en 2015), après plusieurs années de repli. Mais près de 40 % des ESPIC restent toutefois déficitaires, dont près de 46 % de ceux spécialisés en MCO. ■

4. Pour l'analyse des comptes de la santé, une nomenclature différente est utilisée : les établissements privés à but non lucratif sont alors regroupés avec les établissements publics (voir la fiche 31, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »), alors que dans tout le reste de l'ouvrage, ils sont considérés comme relevant du secteur privé.



Vue d'ensemble
Fiches thématiques ◀
Annexes

Données de cadrage

En France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), 3089 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offrent 408 000 lits d'hospitalisation complète et 73 000 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.

3 089 structures hospitalières offrent 408 000 lits et 73 000 places

Au 31 décembre 2015, 3 089 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 Mayotte), 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 408 000 lits et 73 000 places (voir la 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 2015, 112 entités juridiques de dialyse sont dénombrées à ce titre, auxquelles sont rattachées 661 antennes. Enfin, 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 l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »).

Le nombre d'établissements recensés en 2015 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 reculé en 2015, 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 en 2015.

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 1 389 établissements géographiques publics coexistent trois types d'établissements, qui se différencient selon leurs missions : 178 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR) assurent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; 962 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 ; 96 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie (tableau). Enfin, les 153 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 1 009, et les établissements du secteur privé à but non lucratif.

Ces derniers regroupent les 21 centres de lutte contre le cancer ainsi que 670 autres établissements privés à but non lucratif (voir Champ, dans l'encadré).

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

Au niveau national, 61 % des lits et places sont situés dans des établissements de santé publics, 15 % dans les établissements privés à but non lucratif et 24 % dans les cliniques privées à but lucratif. Cette répartition est cependant très variable suivant les départements. La place des cliniques privées est ainsi inexistante en

Aveyron, en Lozère et à Mayotte, et minoritaire (moins de 10 % de la capacité totale) dans dix départements, dont cinq en 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 département du Tarn-et-Garonne), dans les deux départements de Corse, dans les Bouches-du-Rhône et en Seine-Saint-Denis (carte). La part du secteur privé à but non lucratif est très variable d'un département à l'autre : dans de nombreux départements, ce secteur n'est pas ou peu présent, mais il représente plus de 30 % des lits et des places dans cinq départements. ■

Tableau Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement en 2015

	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
Secteur public	1 389	253 364	41 361
CHR/CHU	178	73 111	9 825
CH, dont anciens hôpitaux locaux	962	145 289	16 586
CH spécialisés en psychiatrie	96	25 304	14 433
Autres établissements publics	153	9 660	517
Secteur privé non lucratif	691	57 384	13 489
CLCC ¹	21	2 731	741
Autres établissements à but non lucratif	670	54 653	12 748
Secteur privé à but lucratif	1 009	97 497	17 939
Établissements de SSR	350	28 818	3 141
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	508	55 360	13 262
Établissements de lutte contre les maladies mentales	144	13 016	1 472
Établissements de SLD	6	303	35
Autres	1		29
Ensemble	3 089	408 245	72 789

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

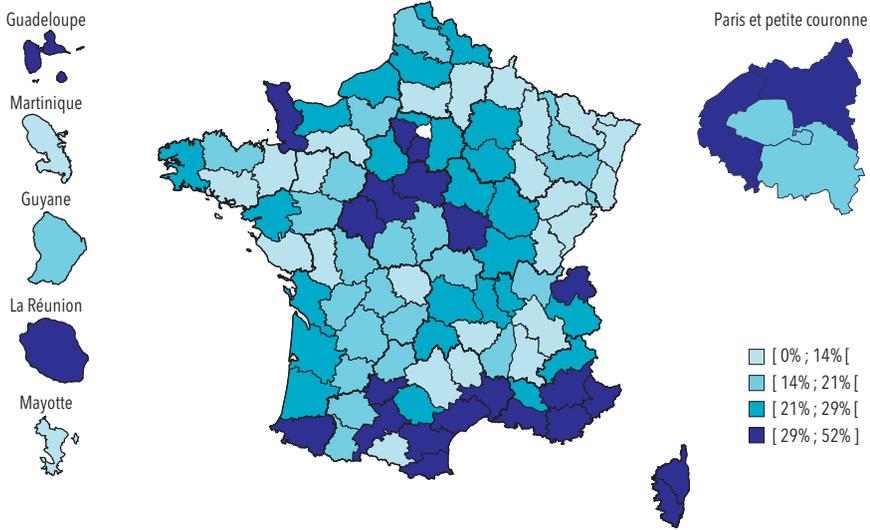
1. En 2015, les trois sites de l'Institut de cancérologie de l'Ouest et les deux sites de l'Institut Curie sont comptés chacun comme une entité.

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 DOM (y compris 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 2015, traitements DREES.

Carte Part du secteur privé à but lucratif dans la capacité en hospitalisation complète et partielle en 2015



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel, y compris hôpitaux locaux. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. Les 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 la fiche 33, « 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.

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. Il dépend de

l'entité juridique. Une même entité juridique ne peut, en théorie, donner lieu à plusieurs établissements qu'à la condition d'implantations géographiques ou de budgets différents.

- **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*, Les Presses de Sciences Po / Éditions de Santé, Paris, juin.
- Kervasdoué (de) J., 2015, *L'Hôpital*, « Que sais-je ? », PUF, 5^e édition, avril.

Source

La statistique annuelle des établissements (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).

En 2015, 408 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), soit une diminution de 60 000 lits d'hospitalisation en douze ans. En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 73 000 places en 2015, soit une hausse de 23 000 places durant la même période.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 2003 et 2015, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 408 000, service de santé des armées (SSA) et établissements de Mayotte compris. 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 (-23 000 lits en douze ans). Ce sont surtout les capacités d'accueil en long séjour qui ont fortement diminué, passant de 80 000 lits en 2003 à 32 000 en 2015, 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 2015 (graphique 1).

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.

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

Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie, ont transformé les modes de prise en charge à la faveur de l'hospitalisation à temps partiel. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) 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.

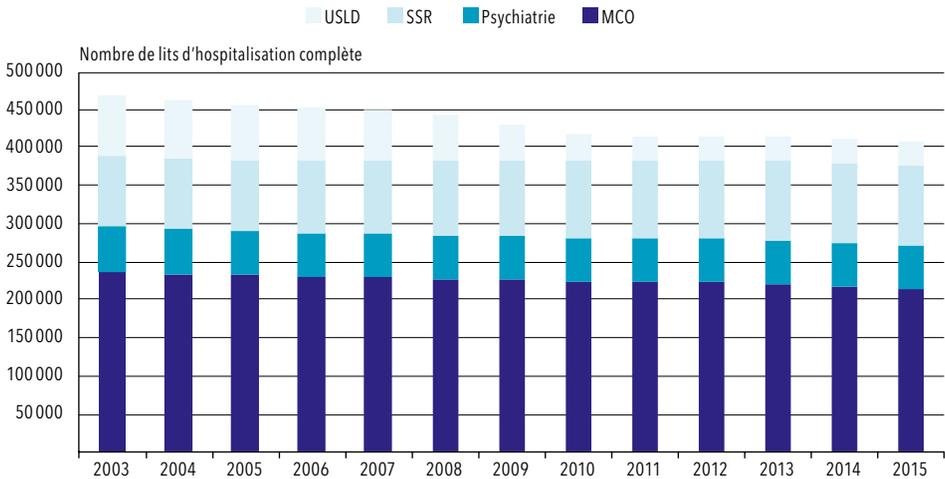
En psychiatrie, le nombre de places augmente lentement mais régulièrement depuis 2003 (+3 000 places, soit une hausse moyenne proche de 1 % par an). En moyen séjour, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, la progression de l'hospitalisation à temps partiel est plus rapide : 7 000 places ont été créées en douze 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 2015, 40 % des places d'hospitalisation à temps partiel en MCO sont offertes par les 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 77 %

Graphique 1 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète entre 2003 et 2015

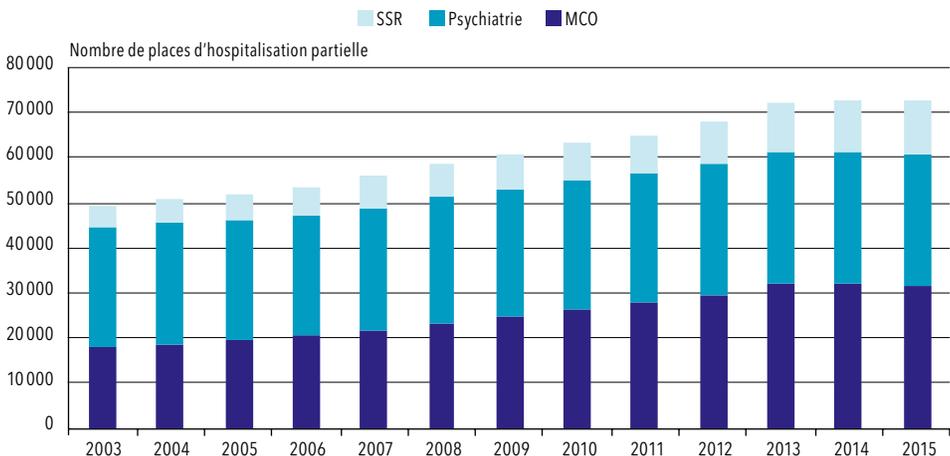


USLD : unité de soins de longue durée ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2015, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle entre 2003 et 2015



SSR : soins de suite et de réadaptation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2015, traitements DREES.

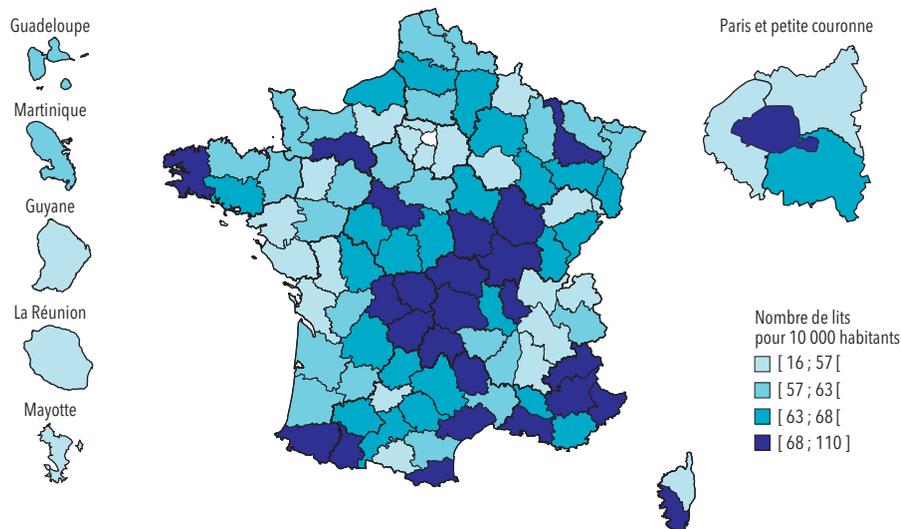
des places en psychiatrie et 50 % des places en court séjour, avec une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique.

Les disparités départementales

Toutes disciplines confondues, le nombre de lits (hospitalisation complète) pour 10 000 habitants varie de 16, 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 19 en Haute-Vienne et 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 varie 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 0,28 et de 0,40, hors Mayotte). ■

Carte 1 Densité de lits en 2015

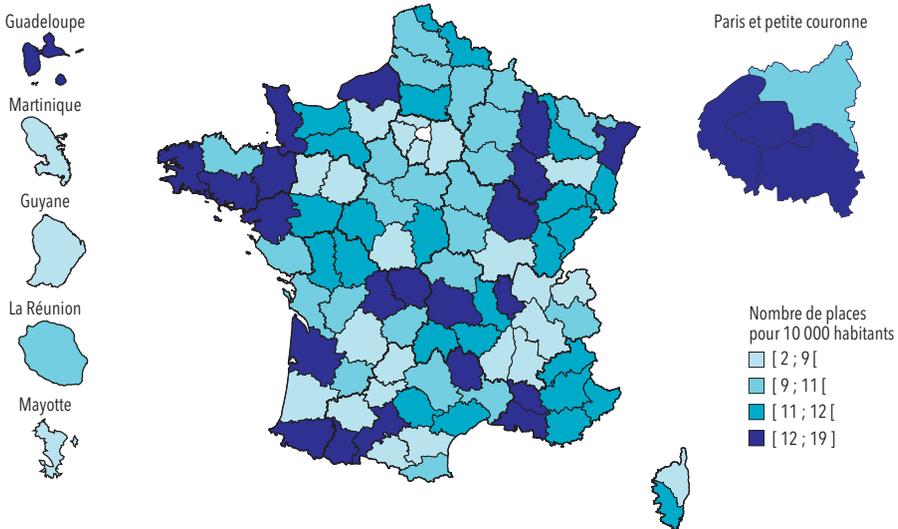


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR) et unités de soins de longue durée (USLD).

Sources > DREES, 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

Carte 2 Densité de places en 2015



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCO), psychiatrie et soins de suite et de réadaptation (SSR).

Sources > DREES, SAE 2015, traitements DREES ; INSEE estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie.

Définitions

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

- **Hospitalisation complète** : se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à une journée. Elle comprend également, dans les données présentées, les unités fermées le week-end (hospitalisation dite « de semaine »).
- **Hospitalisation partielle** : 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 est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et des places installés au 31 décembre 2015, 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.

• **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 ».

Source

La statistique annuelle des établissements (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).

En France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), le secteur hospitalier a pris en charge, en 2015, 12 millions de séjours en hospitalisation complète et 16 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 pris en charge par les établissements publics.

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

Au cours de l'année 2015, les établissements de santé ont pris en charge 12,1 millions de séjours en hospitalisation à temps complet, et 15,9 millions de journées en hospitalisation partielle ou de moins de un jour (tableau). 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 85 % des prises en charge, le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) 9 %, et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée, eux, représentent désormais une part négligeable de l'activité. En hospitalisation à temps partiel, 32 % 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, eux, 45 % des journées, et le moyen séjour 23 %.

Évolution progressive des modes de prise en charge

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours en hospitalisation complète diminue, malgré une stabilisation globale ces dernières années, notamment du fait du 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 2015, l'hospitalisation partielle augmente ainsi de 3,6 %, portée par la hausse de l'activité de moyen séjour (SSR, +8,5 %) et de court séjour (MCO, +3,5 %). Le nombre de journées d'hospitalisation partielle en psychiatrie continue, lui, de progresser à un rythme plus modeste (+0,4 %).

Diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

L'activité de soins de longue durée, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre de séjours, recule légèrement en 2015 (-0,7 %), à 11 millions de journées d'hospitalisation complète. Après une augmentation jusqu'en 2001, l'activité baisse dans cette discipline, en raison de la transformation d'un grand nombre d'unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le nombre de journées d'hospitalisation complète continue d'augmenter en moyen séjour (+2,4 %), tandis qu'il poursuit sa diminution en psychiatrie (-0,8 %) et en MCO (-1,2 %).

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). Les taux métropolitains s'élèvent à 13 % en Ile-et-Vilaine, en Loire-Atlantique, à Paris et dans les Yvelines.

Ils atteignent 20 % ou plus dans la Creuse, l'Orne, le Cantal, la Haute-Marne, la Meuse et la Saône-et-Loire. Dans ces départements, la proportion d'habitants âgés de 60 ans ou plus dépasse 27 %. Or, c'est surtout après 65 ans que le taux d'hospitalisation complète en MCO augmente fortement (voir la 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). Les soins de courte durée (MCO) en hospitalisation complète sont essentiellement répartis

Tableau Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2015

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)
Journées en hospitalisation partielle	7 569 613	1,6	2 975 998	3,3	5 324 736	6,5	15 870 347	3,6
MCO	2 969 412	3,5	600 587	6,7	3 529 404	2,9	7 099 403	3,5
Psychiatrie ¹	3 672 179	-1,1	948 893	-0,5	459 839	16,6	5 080 911	0,4
SSR	928 022	7,3	1 426 518	4,6	1 335 493	13,8	3 690 033	8,5
Séjours en hospitalisation complète	7 905 133	0,6	1 214 579	0,7	2 995 135	-2,4	12 114 847	-0,2
MCO	6 990 968	0,4	836 876	-0,1	2 527 758	-3,2	10 355 602	-0,5
Psychiatrie	453 696	-0,2	75 525	2,8	121 801	7,1	651 022	1,4
SSR ²	441 472	3,3	300 462	1,9	345 151	0,6	1 087 085	2,0
SLD	18 997	3,6	1 716	30,9	425	0,0	21 138	5,3
Journées en hospitalisation complète	78 382 615	-0,1	16 973 631	0,8	27 331 928	-0,5	122 688 174	-0,0
MCO	42 955 708	-0,3	4 672 849	-0,7	11 035 773	-4,5	58 664 330	-1,2
Psychiatrie	11 622 292	-1,1	2 261 500	-1,2	4 661 205	0,2	18 544 997	-0,8
SSR ²	13 880 555	2,4	9 180 415	1,6	11 441 372	3,1	34 502 342	2,4
SLD	9 924 060	-1,1	858 867	3,7	193 578	3,9	10 976 505	-0,7

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, 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. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

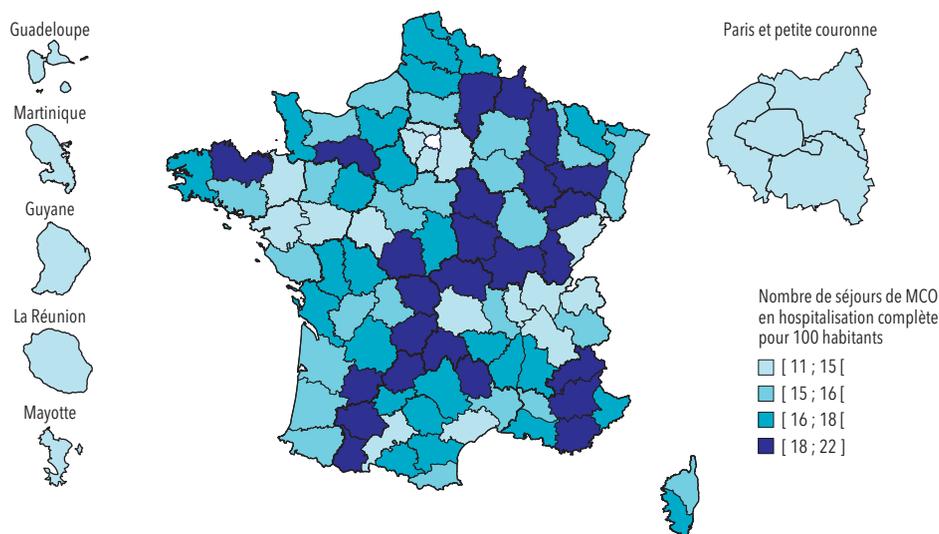
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2014-2015, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2014-2015, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

entre hôpitaux publics et cliniques privées. Ces dernières réalisent 50 % des séjours d'hospitalisation partielle. Les établissements publics et privés à but non lucratif accueillent la plus grande partie des séjours psychiatriques, notamment à temps partiel. L'activité de soins de moyen séjour (SSR) est mieux répartie entre les différents types d'établissements : 39 % de journées d'hospitalisation à temps partiel sont ainsi accueillies dans les

établissements privés à but non lucratif. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation sont confirmées et amplifiées quand on analyse la répartition des activités par pathologie ou par acte médical (voir les fiches 13 à 15, « La spécialisation en médecine », « La spécialisation en chirurgie », « La spécialisation en obstétrique »). ■

Carte Nombre de séjours de MCO en hospitalisation complète pour 100 habitants en 2015

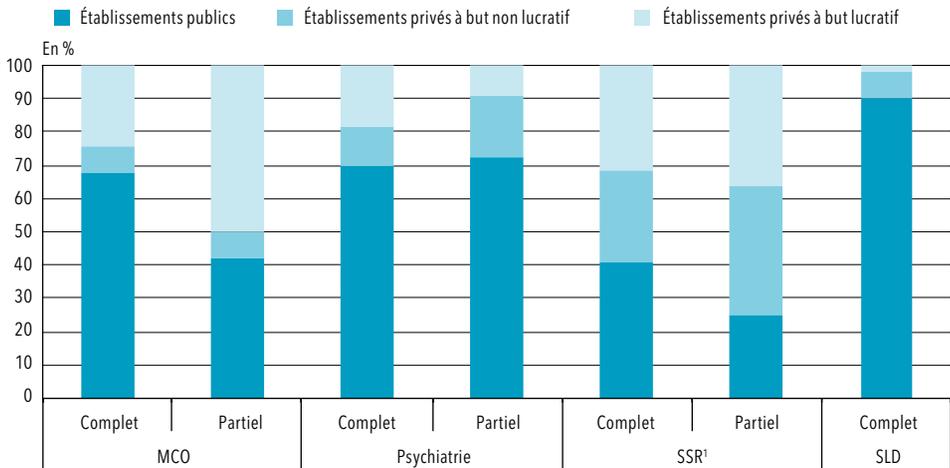


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles. Il s'agit des séjours selon le département de résidence du patient.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MLCO 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

Graphique Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle en 2015



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, 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 SLD ne sont réalisés qu'à temps complet.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2015, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2015, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2015, en France métropolitaine et dans les DROM, y compris Mayotte (hors séances), y compris le service de santé des armées (SSA). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (0,2 % des séjours).

Définitions

• **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle :** hospitalisation de plus ou de moins de un jour 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 hospitalisation 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 ».

Sources

La statistique annuelle des établissements (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.

En 2015, les établissements de santé ont réalisé 15,9 millions de journées en hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en psychiatrie et en moyen séjour, pour un total d'environ 73 000 places. À ces prises en charge, il faut ajouter 12,6 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 ces innovations, 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 la fiche 3, « L'activité en hospitalisation complète et partielle »).

En 2015, 45 % des journées d'hospitalisation partielle sont réalisées en court séjour (dont plus de la moitié en médecine), 32 % en psychiatrie et 23 % en soins de suite et de réadaptation (SSR) [tableau 1]. L'hospitalisation partielle continue de progresser à un rythme soutenu en court séjour (+3,7 % en 2014, +3,5 % en 2015) et plus encore en SSR (+7,3 % en 2014, +8,5 % en 2015). Les structures d'hospitalisation à domicile assurent également des prises en charge intermédiaires entre l'établissement de

santé et la médecine de ville (voir les fiches 20 et 21, « Les structures d'hospitalisation à domicile », « Les patients hospitalisés à domicile »).

Les séances

Par ailleurs, sont comptabilisés, en France métropolitaine et dans les DROM, des traitements et des cures ambulatoires, en particulier 2,4 millions de séances de chimiothérapie, 6,4 millions de séances de dialyse et 3,7 millions de séances de radiothérapies (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 réalise 51 % des séances. Les 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC) prennent également en charge une partie importante de l'activité de radiothérapie et de chimiothérapie. Ces établissements ont réalisé 14 % des séances de chimiothérapie et 23 % des séances de radiothérapie. Enfin, environ 530 000 personnes ont été transfusées¹. Les autres traitements et cures ambulatoires sont notamment réalisés par du personnel non médical. Ils concernent essentiellement les prises en charge en psychiatrie (psychologues, infirmier-e-s, etc.) et en réadaptation fonctionnelle (kinésithérapeutes, etc.).

Les consultations mémoire

À la suite du plan Alzheimer 2008-2012, 587 entités déclarent disposer, en 2015, d'une consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, en France métropolitaine et dans les DROM (tableau 3).

1. Source : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), *Rapport d'activité hémovigilance* 2015.

Tableau 1 Activité et capacités pour les alternatives à l'hospitalisation complète en 2015

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Journées/séjours en milliers ¹	Places						
Hospitalisation partielle en MCO, dont :								
médecine	2 046	9 585	358	1 645	1 799	1 655	4 203	12 885
chirurgie	707	4 974	230	1 568	1 684	10 605	2 621	17 147
gynéco-obstétrique	217	1 061	13	90	45	265	275	1 416
Total	2 969	15 620	601	3 303	3 529	12 525	7 099	31 448
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie ²	3 672	22 497	949	5 357	460	1 503	5 081	29 357
Hospitalisation partielle en SSR	928	3 244	1 427	4 829	1 335	3 911	3 690	11 984
Total	7 570	41 361	2 976	13 489	5 325	17 939	15 870	72 789
HAD ³	55	4 107	100	8 547	19	2 529	174	15 183

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, 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, *i.e.* 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 Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2015, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; PMSI-HAD 2015, traitements DREES, pour l'activité d'HAD ; SAE 2015, traitements DREES, pour la capacité et pour l'activité de psychiatrie.

Tableau 2 Nombre de séances en 2015 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
Chimiothérapie¹ ambulatoire	1 226 355	484 274	706 173	2 416 802
Radiothérapie	934 147	1 059 244	1 728 822	3 722 213
Séances sur malades ambulatoires	913 917	1 037 853	1 698 410	3 650 180
Séances sur malades hospitalisés	20 230	21 391	30 412	72 033
Dialyse	1 604 354	2 436 724	2 386 964	6 428 042
Total	3 764 856	3 980 242	4 821 959	12 567 057

1. Ne sont pas comptabilisées les préparations de chimiothérapies délivrées.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Il s'agit, dans 87 % des cas, d'établissements publics (dont 70 % de centres hospitaliers et 12 % de CHR), d'établissements privés à but non lucratif dans 8 % des cas, et d'établissements privés à but lucratif dans 5 % des cas. Ces consultations ont accueilli 248 000 patients différents au cours de l'année 2015, dont 48 % de nouveaux patients. Il s'agit de consultations labellisées² pour 90 % d'entre eux. Des groupes de parole destinés aux aidants ont été mis en place par 214 unités.

Les soins palliatifs

En France métropolitaine et dans les DROM, 139 unités de soins palliatifs (USP) sont dénombrées en 2015, contre 127 en 2013. Celles-ci totalisent 1 550 lits (1 410 lits en 2013), et sont présentes en MCO ou en moyen séjour. Par ailleurs, 5 040 lits sont des lits identifiés en soins palliatifs, mais localisés hors des unités

strictement dédiées à cette activité (USP). Ces capacités sont également en hausse par rapport au dernier relevé effectué (4 660 lits décomptés en 2013). Enfin, 424 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) se déplacent au lit des malades, auprès des soignants, voire interviennent au domicile ou dans d'autres structures (430 en 2013). Elles ont un rôle de conseil et de soutien et ne pratiquent pas de soins.

Les urgences

En France métropolitaine et dans les DROM, les urgences ont recensé 20,3 millions de passages en 2015. 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 2015

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 :	509	48	30	587
consultation mémoire labellisée	386	35	11	432
File active, dont :	223 370	17 594	6 725	247 689
nouveaux patients	105 457	8 547	4 148	118 152
Groupe de parole destiné aux aidants	189	15	10	214

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2015, 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.

Champ

Activités alternatives à l'hospitalisation à temps complet ayant fonctionné en 2015 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les consultations externes déclarées par les établissements publics de santé ne sont pas comptabilisées.

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 concerne pas uniquement le cancer mais, dans la pratique, son utilisation pour des affections non cancéreuses est faible.
- **Nombre de passages aux urgences pour l'année** : 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, « La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique », *Études et Résultats*, DREES, n° 327, juillet.
- Baubeau D., Carrasco V., Mermilliod C., 2005, « L'activité de radiothérapie en 2002 », *Études et Résultats*, DREES, n° 387, mars.

Sources

La statistique annuelle des établissements (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.

En 2015, le nombre d'emplois médicaux, internes compris, hors sages-femmes, dans les établissements de santé de France métropolitaine et les DROM, incluant le service de santé des armées (SSA), s'établit à 189 000 (+1,1 % par rapport à 2014). Les emplois salariés, qui représentent 7 postes sur 10 hors internes, sont stables, alors que le nombre de praticiens libéraux augmente. Ces derniers sont concentrés pour 85 % dans les établissements privés à but lucratif.

Progression des emplois médicaux, hors sages-femmes, dans le secteur privé

En 2015, 189 000 emplois médicaux, internes compris, hors sages-femmes, sont comptabilisés dans les établissements de santé : 115 000 salariés, 41 000 praticiens libéraux et 33 000 internes et assimilés. Le nombre de postes salariés de médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens est stable entre 2014 et 2015. En revanche, le nombre de postes de praticiens libéraux s'accroît (+0,9 %) [tableau 1]. Deux tiers des emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics, 21 % des cliniques privées et 11 % des établissements privés à but non lucratif.

Le nombre d'emplois médicaux salariés diminue légèrement dans les établissements publics en effectifs (-0,4 %), mais reste quasi stable (+0,1 %) en équivalent temps plein (ETP) [tableau 2]. Le nombre d'internes et assimilés poursuit sa croissance, conformément à la hausse continue du nombre de postes ouverts lors des épreuves classantes nationales (ECN). À l'hôpital public, les internes et assimilés représentent 30 000 emplois, soit 23 % des emplois médicaux. Enfin, 2 100 praticiens libéraux exercent dans les établissements publics.

Dans les établissements privés à but non lucratif, les emplois médicaux, hors internes, augmentent de nouveau légèrement (+0,5 %). Les emplois salariés, qui représentent 76 % des emplois, sont un

peu plus nombreux qu'en 2014 (+0,9 %). De même, le nombre d'internes et assimilés augmente par rapport à 2014 (+2,5 %). À l'opposé, celui des libéraux baisse légèrement (-0,7 %).

Dans les cliniques privées, le nombre d'emplois médicaux, hors internes, continue également de progresser en 2015 (+1,0 %), les emplois salariés et ceux des libéraux augmentant respectivement de 4,4 % et 0,5 %.

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 (anesthésie-réanimation, pédiatrie, etc.) [tableau 3]. La part des emplois relevant de la médecine générale et des spécialités médicales est un peu plus élevée dans les établissements publics et privés à but non lucratif (respectivement 62 % et 65 %) que dans les cliniques privées (57 %). Celles-ci se consacrent en effet davantage à la chirurgie (voir la 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 mêmes des établissements. ■

Tableau 1 Les emplois médicaux, hors sages-femmes, dans les établissements de santé en 2015

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Nombre d'emplois en 2015	Évolution 2014-2015 (en %)	Nombre d'emplois en 2015	Évolution 2014-2015 (en %)	Nombre d'emplois en 2015	Évolution 2014-2015 (en %)	Nombre d'emplois en 2015	Évolution 2014-2015 (en %)
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens								
Salariés	96 423	-0,4	13 570	0,9	4 948	4,4	114 941	0,0
Libéraux	2 076	13,3	4 309	-0,7	34 855	0,5	41 240	0,9
Total	98 499	-0,1	17 879	0,5	39 803	1,0	156 181	0,2
Internes	28 018	5,2	1 981	3,8	234	7,8	30 233	5,1
Faisant fonction d'internes (FFI)	2 256	8,1	218	-8,0	1	-50,0	2 475	6,4
Total	30 274	5,4	2 199	2,5	235	7,3	32 708	5,2
Total	128 773	1,1	20 078	0,8	40 038	1,0	188 889	1,1

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2014-2015, 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 2015

	2015	Évolution 2014-2015 (en %)
Emploi total des salariés des établissements publics	96 423	-0,4
ETP des hospitalo-universitaires titulaires ¹	3 171	-14,6
ETP des praticiens hospitaliers	42 103	0,1
ETP des assistants	4 626	6,5
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 050	-6,3
ETP des attachés	8 880	-3,9
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	8 988	9,9
Total des ETP salariés	69 818	0,1

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 Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2014-2015, traitements DREES.

Tableau 3 Les emplois médicaux, hors sages-femmes, hors internes, dans les établissements de santé en 2015, selon les spécialités

Spécialités	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Répartition (en %)
Médecine générale	14 795	2 380	2 861	20 036	12,8
Anesthésie-réanimation	7 698	1 200	3 750	12 648	8,1
Pédiatrie	4 337	519	617	5 473	3,5
Autres spécialités médicales	33 775	7 546	15 355	56 676	36,3
Gynécologie-obstétrique	4 024	565	1 715	6 304	4,0
Spécialités chirurgicales	11 667	2 370	11 755	25 792	16,5
Biologie médicale	3 763	192	552	4 507	2,9
Psychiatrie	8 615	1 495	1 207	11 317	7,2
Pharmacie	5 166	1 063	1 319	7 548	4,8
Autres	4 659	549	672	5 880	3,8
Total	98 499	17 879	39 803	156 181	100,0

Lecture > 12,8 % des emplois médicaux (hors sages-femmes) en établissement de santé concernent la médecine générale en 2015.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Champ

Personnel médical des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris 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 FFI (faisant fonction d'interne). Le champ a été légèrement modifié par rapport aux éditions précédentes, qui ne retenaient dans le champ que les établissements comportant au moins un interne, quel que soit le nombre de FFI.

Définitions

- **Personnel médical** : il est composé de médecins, de biologistes, 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. Les sages-femmes font l'objet de 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 davantage des emplois que des effectifs en personnes physiques qui sont comptabilisés. Une baisse des emplois à l'occasion de restructurations, par exemple, ne se traduit pas forcément par une baisse du nombre de personnes employées.
- **Spécialité principale d'exercice** : cette notion renvoie à la spécialité reconnue par la Sécurité sociale pour les médecins libéraux et correspond généralement à l'intitulé du poste occupé par les salariés. Les médecins qui partagent leur temps entre deux activités au sein d'un même

établissement sont classés dans la spécialité principale exercée dans cet établissement.

- **Exercice salarié à l'hôpital à temps plein ou à temps partiel** : relève de différents statuts. Il s'agit principalement de médecins ayant le titre de praticiens hospitaliers admis sur concours, et de praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH), qui partagent leur activité entre le soin, l'enseignement et la recherche (par convention, ils sont comptabilisés pour 0,5 ETP pour la partie soins). Les médecins-assistants sont recrutés sur des contrats à durée déterminée. À l'issue de ce contrat, certains resteront à l'hôpital, d'autres s'orienteront vers le secteur libéral. Les médecins attachés sont des médecins vacataires travaillant à temps partiel (1 à 8 vacations hebdomadaires maximum) et qui peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.
- **Équivalent temps plein** : 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. et Marbot C. (dir.), 2016, *Portrait des professionnels de santé*, DREES, « Panoramas DREES - Santé », juillet.
- Kranklader E., 2012, « Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 25, mars.

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). La SAE a connu une refonte en 2013, présentée sur le site Internet de la DREES. Cette refonte a introduit pour de nombreuses variables une rupture de série en 2013, qui complique l'analyse des évolutions entre les années antérieures et postérieures à 2013. Celles-ci doivent donc être interprétées avec précaution.

Fin 2015, 30 000 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, soit une hausse de 5,1 % par rapport à 2014. Le nombre de faisant fonction d'internes augmente également (+6,4 %). Les internes sont principalement accueillis dans les établissements publics, plus d'un sur deux l'étant en centre hospitalier universitaire. La majorité d'entre eux travaillent en court séjour, à savoir en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Davantage d'internes en médecine

Les études de médecine, pharmacie et odontologie sont composées de trois cycles. Pour les étudiants de médecine, le troisième cycle s'effectue obligatoirement dans le cadre d'un internat. À l'inverse, pour les futur-e-s pharmaciens-n-es et odontologistes, ce statut n'est pas systématique, et il est même marginal pour les odontologistes. De ce fait, fin 2015, 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 à but non lucratif : 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).

En 2015, le nombre d'internes augmente de 5,1 % par rapport à 2014. Cette progression, consécutive à l'augmentation des *numerus clausus*, concerne plus particulièrement l'odontologie (+21,7 %) et la médecine (+5,1 %). Le nombre de médecins diplômés en cours de formation complémentaire faisant fonction d'internes (FFI) s'accroît également sensiblement (+6,4 %) mais ne représente que 7,6 % de l'ensemble des internes titulaires et des FFI.

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 (55 %) [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 (41 %).

Si on exclut les établissements privés à but lucratif, la répartition des internes par catégorie d'établissement présente des similitudes avec celle des médecins, pharmaciens-n-es et odontologistes, plus nombreux dans les CHU et les CH de grande taille. Cependant, le nombre d'internes par praticien est plus élevé dans les CHU que dans les grands CH. En moyenne, on compte 0,40 interne par praticien dans un CHU, contre 0,25 dans un grand CH. Cette distribution suit aussi l'activité hospitalière en hospitalisation complète, mesurée en séjours. Les CHU et les CH de grande taille, qui accueillent 78 % des internes, assurent également la majorité des séjours en hospitalisation complète (62 %) parmi les établissements accueillant des internes ou des FFI. Toutefois, la répartition des internes 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 2015, mais n'accueillent que 23 % des internes. De ce fait, rapporté au nombre de séjours en hospitalisation complète, le nombre d'internes est deux fois plus élevé dans les CHU que dans les CH.

Tableau 1 Les internes dans les établissements de santé en 2015, selon la spécialité

Spécialités	Internes ¹			Personnel médical ²		Ratio internes/ personnel médical ²
	Effectifs	En %	Évolution 2014-2015 (en %)	Effectifs	En %	
Pharmacie	1 709	5,7	2,3	5 386	4,8	0,32
Odontologie	337	1,1	21,7	1 696	1,5	0,20
Médecine (médecine générale et spécialité de médecine)	28 187	93,2	5,1	105 617	93,7	0,27
Total	30 233	100,0	5,1	112 699	100,0	0,27

1. Internes titulaires seuls, hors FFI (faisant fonction d'internes).

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

Lecture > Les pharmaciens et les médecins forment plus d'internes que les odontologistes.

Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris les SSA, accueillant des internes ou des FFI.

Sources > DREES, SAE 2014-2015, traitements DREES.

Tableau 2 Les internes en établissement de santé en 2015, selon la catégorie d'établissement

Spécialités	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif	dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	CHU	CH de grande taille (au moins 300 lits)	Autres éta- blissements publics (y compris CHS)				
Internes (effectifs)	16 668	7 043	4 307	1 981	723	234	30 233
Internes (%)	55,1	23,3	14,2	6,6	2,4	0,8	100,0
FFI (effectifs)	1 024	870	362	218	61	1	2 475
FFI (%)	41,4	35,2	14,6	8,8	2,5	0,0	100,0
Total du personnel médical¹ (effectifs)	41 829	28 410	23 058	11 101	2 287	8 301	112 699
Total du personnel médical¹ (%)	37,1	25,2	20,5	9,9	2,0	7,4	100,0
Séjours en hospitalisation complète (nombre)	2 974 946	3 190 586	2 107 158	872 447	136 964	764 777	9 909 914
Séjours en hospitalisation complète (%)	30,0	32,2	21,3	8,8	1,4	7,7	100,0
Ratio internes/personnel médical	0,40	0,25	0,19	0,18	0,32	0,03	0,27
Ratio internes/100 séjours en hospitalisation complète	0,56	0,22	0,20	0,23	0,53	0,03	0,31

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 effectifs 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 que les autres établissements de santé.

Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris les SSA, accueillant des internes ou des FFI.

Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

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

La majorité des internes et des FFI (87 %) effectuent leur formation au sein de services appartenant à la discipline d'équipement « médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie » (MCO) [tableau 3]. Seuls 10 % des internes en équivalent temps plein (ETP) exercent en service psychiatrique, en service de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ou encore en soins de longue durée. Plus de la moitié (57 %) des

internes en service psychiatrique travaillent dans des centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS) et 26 % en CHU (tableau 4). Pour un même nombre de séjours en hospitalisation complète, les services de psychiatrie des CHU comptabilisent trois fois plus d'internes que les CHS. 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 0,4. C'est en psychiatrie que ce rapport est le plus faible (0,27). ■

Tableau 3 Les internes en établissement de santé en 2015, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation

Disciplines	Internes et faisant fonction d'internes		Personnel médical salarié ¹		Ratio internes/personnel médical salarié ¹
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques ²	923	3,1	1 121	1,6	0,82
MCO	25 457	86,9	58 212	84,3	0,44
Psychiatrie	2 073	7,1	7 587	11,0	0,27
HAD	44	0,2	111	0,2	0,40
SSR	687	2,3	1 784	2,6	0,39
SLD	112	0,4	202	0,3	0,56
Ensemble	29 297	100,0	69 015	100,0	0,42

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, 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 rapporté-e-s aux seul-e-s médecins salarié-e-s (en ETP), car la répartition des libéraux-ales 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 Mayotte), y compris le SSA, accueillant des internes ou des FFI.

Sources > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Tableau 4 Les internes en service psychiatrique en 2015

Établissements	Internes et faisant fonction d'internes		Séjours en hospitalisation complète en psychiatrie	Ratio internes/100 séjours en hospitalisation en psychiatrie
	ETP	%		
CHS	1 176	56,7	298 119	0,39
CHU	543	26,2	49 880	1,09
CH	272	13,1	126 874	0,21
Autres établissements	82	4,0	26 419	0,31
Ensemble	2 073	100,0	501 292	0,41

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 Mayotte), y compris le SSA, accueillant des internes ou des FFI.

Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Champ

Internes des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), en fonction au 31 décembre 2015. Ne sont comptabilisés que les établissements comportant au moins un interne ou un FFI (faisant fonction d'interne). Le champ a été légèrement modifié par rapport aux éditions précédentes, qui ne retenaient que les établissements comportant au moins un interne, quel que soit le nombre de FFI.

Définitions

- **Faisant fonction d'interne (FFI)** : ce sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquérir une spécialisation complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, assurent des fonctions d'interne. En effet, l'exercice en France de ces médecins est conditionné 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** : 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, « En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées », *Études et Résultats*, DREES, n° 1006, mars.
- Barlet M. et Marbot C. (dir.), 2016, *Portrait des professionnels de santé*, « Panoramas de la DREES – Santé », DREES, avril.
- *Les Internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*, 2010, Observatoire national de la démographie des professions de santé, tome I, site de la Drees : www.social-sante.gouv.fr, rubrique « Rapports » de l'ONDPS.

Source

La statistique annuelle des établissements (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). Cette source de données ne rend donc pas compte des internes effectuant des stages extrahospitaliers. La SAE a connu une refonte en 2013, présentée sur le site Internet de la DREES. Cette refonte a introduit pour de nombreuses variables une rupture de série en 2013, qui complique l'analyse des évolutions entre les années antérieures et postérieures à 2013 : celles-ci doivent donc être interprétées avec précaution.

En 2015, les personnels non médicaux et les sages-femmes exerçant à temps plein ou à temps partiel représentent plus d'un million de salariés en équivalent temps plein dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées. Ce niveau d'emploi en ETP est quasi stable par rapport à 2014 (+0,1 %). Il s'agit uniquement du personnel non médical 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.

Une stabilisation du nombre d'emplois

Les personnels non médicaux salariés et les sages-femmes dans les établissements de santé représentent 1 021 000 personnes en équivalent temps plein (ETP). Les trois quarts de ces ETP exercent dans 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). En 2015, le nombre d'ETP progresse dans les cliniques privées (+0,7 %) mais reste globalement stable dans le secteur public et les établissements privés à but non lucratif.

Les emplois d'infirmiers et de sages-femmes en ETP continuent de progresser (respectivement +0,6 % et +0,2 %), mais à un rythme moins soutenu qu'en 2014, tout comme ceux des rééducateurs (+0,6 %) et des psychologues (+1,9 %). À l'opposé, les emplois d'agents de services hospitaliers poursuivent leur recul (-2,0 %), en particulier dans le secteur public et le secteur privé à but non lucratif. Le personnel d'encadrement reste également orienté à la baisse (-0,7 %), notamment dans le secteur privé à but non lucratif (-2,0 %).

Au total, entre 2014 et 2015, les ETP de personnels non médicaux et de sages-femmes des établissements de santé sont quasi stables (+0,1 %). La progression du personnel en soins de suite et de réadaptation (SSR, +0,9 %) et en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO, +0,1 %) contribue à la hausse des ETP (tableau 2). Ce mouvement est compensé par la baisse des personnels

non médicaux des unités de soins de longue durée (USLD, -2,1 %) et de psychiatrie (-0,2 %). La diminution tendancielle du personnel des USLD fait suite à la réforme de 2006 visant à transformer, avant mars 2009, un grand nombre d'USLD en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), établissements ne faisant pas partie du champ de l'enquête. Si l'on exclut les USLD, le personnel non médical et les sages-femmes des établissements sanitaires sont en légère hausse de 0,2 % entre 2014 et 2015.

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

En 2015, sur plus d'un million de personnels non médicaux et de sages-femmes des établissements de santé, 646 000 sont titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière, 270 000 sont en contrat à durée indéterminée et 105 000 en contrat à durée déterminée (tableau 3). Le nombre de personnels non médicaux et de sages-femmes en contrat à durée déterminée augmente par rapport à 2014 (+3,8 %), avec une progression forte pour les infirmiers (+10,8 %) et les aides-soignants (+4,7 %). En revanche, le nombre de personnels non médicaux et de sages-femmes en contrat à durée indéterminée ou titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière baisse légèrement en 2015. ■

Tableau 1 Personnels non médicaux et sages-femmes des établissements de santé en 2015, emplois en équivalent temps plein moyen annuel rémunéré

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)
Personnels administratifs	95 913	-0,3	18 701	0,0	19 006	0,6	133 620	-0,1
Personnels soignants	524 950	-0,1	81 957	0,1	100 785	0,5	707 692	0,0
Sages-femmes	11 504	0,7	1 047	-1,1	2 288	-1,7	14 839	0,2
Personnel d'encadrement du personnel soignant	17 575	-0,8	3 414	-2,0	3 196	1,0	24 185	-0,7
Infirmiers ¹ diplômés d'État	232 649	0,4	35 060	0,9	44 823	1,0	312 532	0,6
Aides-soignants	174 991	0,1	23 373	-0,2	28 755	0,0	227 119	0,0
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	62 947	-2,4	11 315	-2,0	17 258	-0,4	91 520	-2,0
Rééducateurs	15 103	0,0	5 901	1,2	3 612	2,3	24 616	0,6
Psychologues	10 181	1,4	1 847	2,9	853	6,0	12 881	1,9
Personnels éducatifs et sociaux	11 660	0,9	3 443	1,7	939	2,7	16 043	1,2
Personnels médico-techniques	41 686	0,7	6 235	0,9	4 014	7,8	51 935	1,3
Personnels techniques	95 119	0,4	9 285	-2,7	6 837	-0,9	111 241	0,0
Total	769 328	0,0	119 621	-0,1	131 582	0,7	1 020 530	0,1

1. Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique.

Note > À partir de la SAE 2011, seuls sont interrogés les établissements sanitaires. Les établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont désormais exclus du champ. Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2014-2015, traitements DREES.

Tableau 2 Personnels non médicaux et sages-femmes entre 2008 et 2015 par discipline, en équivalent temps plein

Disciplines	2008 ¹	2010	2011	2012	2013 ²	2014 ²	2015 ²	Évolution 2014-2015
Administration	244 418	242 922	239 310	240 300	242 674	237 131	237 041	0,0
Section hôpital	760 904	763 825	770 350	781 607	772 182	782 461	783 489	0,1
MCO	343 204	352 495	358 851	362 186	510 358	518 628	519 322	0,1
Psychiatrie	112 842	114 166	115 345	117 591	118 776	119 249	119 027	-0,2
HAD ³	-	-	-	-	7 742	8 459	8 631	2,0
SSR	90 512	96 753	97 244	98 735	104 522	107 001	108 000	0,9
SLD	49 675	33 548	29 640	28 844	30 783	29 124	28 509	-2,1
Autres disciplines ³	164 671	166 863	169 270	174 252	-	-	-	-
Ensemble	1 005 323	1 006 747	1 009 660	1 021 907	1 014 857	1 019 592	1 020 530	0,1
Ensemble (hors unités de soins de longue durée)	955 648	973 199	980 020	993 063	984 073	990 468	992 021	0,2

Jusqu'en 2012, le concept d'équivalent temps plein (ETP) faisait référence aux ETP rémunérés en décembre. Depuis 2013, on comptabilise les ETP moyens annuels.

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.

1. Le questionnaire de la SAE ayant été modifié en 2009, les ETP en décembre des contrats à durée déterminée n'étaient pas collectés pour la période 2002-2008. Ils ont été estimés par les ETP moyens mensuels rémunérés.

2. La SAE a connu une refonte très importante en 2013. Depuis cette date, le concept d'ETP est en ETP moyens annuels et non plus en ETP en décembre. Cette refonte a introduit pour de nombreuses variables une rupture de série en 2013, qui complique l'analyse des évolutions entre les années antérieures et postérieures à 2013. Celles-ci doivent donc être interprétées avec précaution.

3. L'hospitalisation à domicile n'était pas isolée en tant que discipline d'équipement avant 2013. Elle était alors répartie sur les autres disciplines d'équipement. De plus, la refonte de la SAE a notamment demandé aux établissements de mieux répartir l'ensemble de leur activité sur les disciplines d'équipement et de ne plus utiliser le poste non affecté des autres disciplines.

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

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2008-2015, traitements DREES.

Tableau 3 Personnels non médicaux et sages-femmes des établissements de santé en 2015 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	
	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)
Personnels administratifs	43 130	-0,5	14 446	1,9	76 043	-0,3	133 620	-0,1
Personnels soignants	184 905	-0,3	69 855	4,6	452 932	-0,5	707 692	0,0
Sages-femmes	3 191	-1,8	2 183	2,6	9 464	0,4	14 839	0,2
Personnel d'encadrement du personnel soignant	6 787	-0,4	115	-15,9	17 284	-0,7	24 185	-0,7
Infirmiers ¹ diplômés d'État	78 008	0,3	23 582	10,8	210 943	-0,4	312 532	0,6
Aides-soignants	50 679	-0,7	22 738	4,7	153 702	-0,4	227 119	0,0
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	29 804	-1,3	16 720	-2,1	44 997	-2,3	91 520	-2,0
Rééducateurs	11 140	1,6	2 456	2,5	11 020	-0,7	24 616	0,6
Psychologues	5 297	-1,2	2 061	1,1	5 523	5,3	12 881	1,9
Personnels éducatifs et sociaux	5 106	0,6	1 754	7,1	9 183	0,4	16 043	1,2
Personnels médico-techniques	11 432	3,8	5 458	3,9	35 045	0,1	51 935	1,3
Personnels techniques	24 952	-0,9	13 805	1,1	72 484	0,2	111 241	0,0
Total	269 525	-0,2	105 318	3,8	645 687	-0,4	1 020 530	0,1

CDI : contrat à durée indéterminée ; CDD : contrat à durée déterminée.

1. Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique.

Note > À partir de la SAE 2011, seuls sont interrogés les établissements sanitaires. Les établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont désormais exclus du champ. Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2014-2015, traitements DREES.

Champ

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

Méthodologie

Le personnel est comptabilisé selon l'emploi ou le grade sur lequel il a été recruté et non pas en fonction de l'unité fonctionnelle (ou du service) dans lequel il travaille. Par exemple, un aide-soignant qui travaille dans un service administratif est quand même compté dans les effectifs des personnels des services de soins.

Définitions

• **Personnels non médicaux et sages-femmes** : il s'agit ici des personnels salariés, titulaires ou contractuels des établissements sanitaires, rémunérés au 31 décembre 2015 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, 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.

• **Emplois** : correspondent ici au nombre de personnes employées par chaque établissement.

• **Équivalent temps plein** : 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. et Marbot C. (dir.), 2016, *Portrait des professionnels de santé*, « Panoramas de la DREES - Santé », DREES, juillet.
- Barlet M. et Cavillon M., 2011, « La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, DREES, n° 759, mai.
- Cavillon M., 2012, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, DREES, n° 791, mars.
- Kranklader E., Minodier C. et Fourcade N., 2013, « Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », *Études et Résultats*, DREES, n° 846, juillet.

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). La SAE a connu une refonte en 2013, présentée sur le site Internet de la DREES. Cette refonte a introduit pour de nombreuses variables une rupture de série en 2013, qui complique l'analyse des évolutions entre les années antérieures et postérieures à 2013 : celles-ci doivent donc être interprétées avec précaution.

Dans les établissements de santé, le salaire net annuel moyen d'un équivalent temps plein s'élève à 26 979 euros en 2014. Hormis pour les médecins et pour les cadres, le salaire moyen est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les revenus sont les plus dispersés et qu'ils augmentent davantage avec l'âge.

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

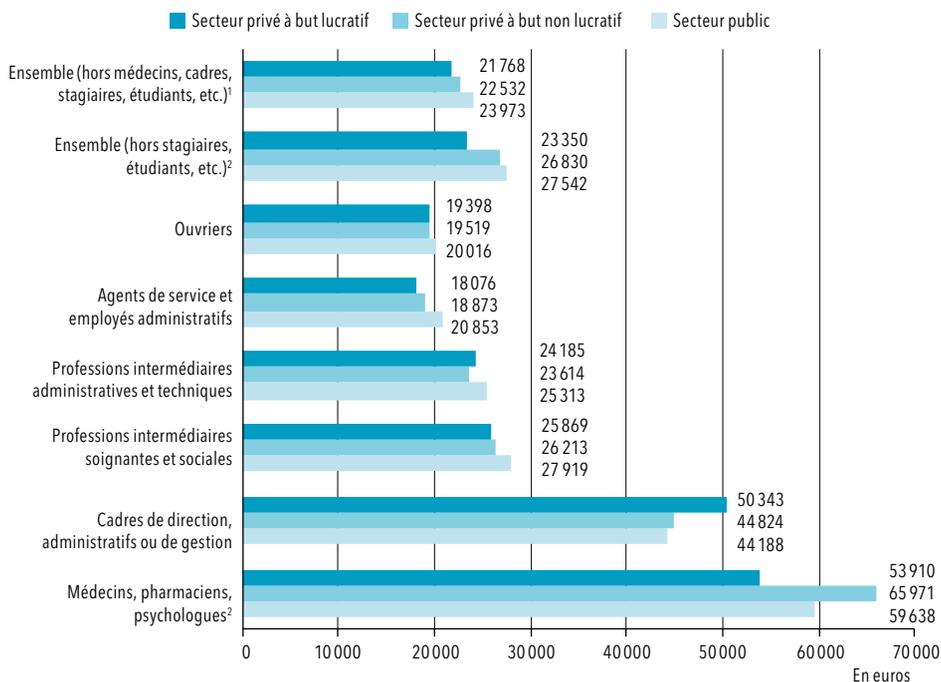
En 2014, le salaire net annuel moyen d'un équivalent temps plein (ETP) s'élève à 27 542 euros dans le secteur public, 26 830 euros dans le secteur privé à but non lucratif et 23 350 euros dans le secteur privé à but lucratif (graphique). Entre 2013 et 2014, le salaire net en ETP a augmenté en moyenne de 0,9 % en euros courants dans les hôpitaux, de 1,0 % dans le secteur hospitalier public, de 0,7 % dans les secteurs privés à but non lucratif et à but lucratif. Les différences de salaires moyens entre secteurs s'expliquent en partie par des différences de répartition par âge et par structure de qualification. Les changements dans les structures de professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) entre 2013 et 2014 tendent à freiner l'évolution du salaire net dans le secteur hospitalier public (-0,1 %) et à l'accroître dans les secteurs privés à but lucratif (+0,2 %) et à but non lucratif (+0,4 %). Les cadres de direction ont en moyenne des salaires plus élevés dans le secteur privé à but lucratif que dans les secteurs public et privé à but non lucratif. À l'inverse, les médecins et les professions autres que les cadres ont des salaires moyens moins élevés dans le privé que dans le public. Les médecins, pharmaciens, psychologues (hors internes et externes) perçoivent un salaire net annuel moyen de 60 101 euros. Les comparaisons des salaires moyens des médecins entre les différents secteurs sont délicates du fait de la spécificité des modes de rémunération. En particulier, la part des médecins salariés dans l'effectif total des établissements privés à but lucratif est plus faible que dans les deux autres secteurs. En effet, dans les cliniques privées, les personnels médicaux exercent le plus souvent

en tant que libéraux et ne sont donc pas salariés. Pour les professions intermédiaires soignantes et sociales, le salaire annuel moyen est plus élevé dans le secteur public (27 919 euros) que dans les secteurs privés à but non lucratif et à but lucratif (respectivement 26 213 et 25 869 euros). De même, les agents de service et employés administratifs gagnent respectivement 20 853, 18 873 et 18 076 euros dans les secteurs public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif. En 2014, la dispersion des salaires, estimée par le rapport interdécile, est de 2,2 dans l'ensemble du secteur hospitalier (tableau 1), soit 0,1 point de moins qu'en 2013. Il s'agit du rapport entre le salaire annuel au-delà duquel se situent les 10 % des salariés les mieux payés et celui en deçà duquel se situent les 10 % les moins bien payés. Dans le secteur public comme dans le secteur privé, c'est parmi les professions les plus qualifiées que les revenus sont les plus dispersés. Le rapport interdécile est de 3,6 parmi les cadres des secteurs public et privé à but non lucratif, médicaux ou non, et de 3,5 dans le secteur privé à but lucratif. Pour les autres professions il est de 1,9 et 2,0 respectivement pour ces deux groupes. Ces dispersions sont stables d'une année à l'autre.

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

En 2014, un-e médecin, pharmacien-n-e, psychologue ou cadre salarié-e d'un établissement de santé perçoit, en début de carrière, un salaire annuel compris en moyenne entre 26 735 euros si elle ou il est âgé-e de moins de 30 ans et 44 220 euros si elle ou il a entre 30 et 39 ans (tableau 2). Entre 50 et 59 ans, elle ou il perçoit en moyenne 67 834 euros par an.

Graphique Les salaires annuels nets moyens en équivalent temps plein en 2014 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité



1. Y compris personnels non ventilés.

2. Hors internes et externes.

Note > La catégorie « non ventilés » n'est pas représentée ici.

Champ > Salariés, France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), hors contrats aidés, y compris le SSA.

Sources > INSEE, DADS 2014-SIASP 2014, traitements DREES.

Tableau 1 Distributions des salaires nets annuels en 2014

En euros

Déciles	Secteur public ¹	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
D1	17 641	15 951	15 082	17 089
D2	19 065	17 687	16 486	18 629
D3	20 418	19 260	17 836	20 041
D4	21 742	20 896	19 299	21 405
Médiane	23 158	22 410	20 849	22 835
D6	24 970	24 111	22 565	24 582
D7	27 727	26 239	24 565	27 087
D8	31 564	29 465	27 245	30 980
D9	38 813	39 871	32 453	38 064
D9/D1	2,2	2,5	2,2	2,2

1. Y compris personnels non ventilés.

Note > Hors internes et externes.

Champ > Salariés, France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), y compris le SSA.

Sources > INSEE, DADS 2014-SIASP 2014, traitements DREES.

Cet écart selon l'âge est davantage marqué pour les personnels plus qualifiés que pour les autres salarié-e-s de l'hôpital. Ainsi, parmi les professions intermédiaires (soignantes, sociales, administratives et techniques), les salarié-e-s de moins de 30 ans gagnent en moyenne 21 897 euros par an, celles et ceux âgé-e-s de 50 à 59 ans, 32 052 euros. Les écarts selon l'âge sont plus faibles encore pour les agent-e-s de service et les ouvrier-e-s, de 17 980 euros pour les plus jeunes à 21 715 euros pour les plus âgé-e-s. Le salaire moyen des hommes est supérieur de 21 %

à celui des femmes dans le secteur public, ce qui s'explique en partie par une différence de moyenne d'âge (41,6 ans pour les femmes et 44,4 ans pour les hommes) et de répartition d'emplois. Les postes de médecin, pharmacien et psychologue représentent en ETP 22,3 % des postes occupés par des hommes, contre 7,3 % de ceux occupés par des femmes. Ces dernières exercent plus souvent des postes de la filière soignante (infirmier-e-s, sages-femmes, aides-soignant-e-s, etc.), qui représentent en ETP 71,3 % des postes occupés par des femmes. ■

Tableau 2 Structure des emplois et salaires nets annuels moyens par tranche d'âge et catégorie socioprofessionnelle en 2014

Tranche d'âge	Médecins, pharmaciens, psychologues/cadres ¹		Professions intermédiaires soignantes, sociales, administratives, techniques		Agents de service, employés, ouvriers		Ensemble ²	
	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)
Moins de 30 ans	4,6 ³	26 735	21,9	21 897	15,5	17 980	17,2	20 369
30 à 39 ans	28,4	44 220	27,1	24 840	22,3	19 345	25,0	24 792
40 à 49 ans	25,2	57 697	24,4	28 920	30,0	20 291	27,1	27 181
50 à 59 ans	27,9	67 834	23,2	32 052	29,0	21 715	26,4	30 596
60 ans ou plus	13,9	72 119	3,5	33 487	3,2	22 540	4,4	42 163

1. Hors internes et externes.

2. Y compris personnels non ventilés, hors stagiaires et hors étudiants.

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, France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), y compris le SSA.

Sources > INSEE, DADS 2014-SIASP 2014, traitements DREES.

Champ

France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), hors stagiaires, contrats aidés, internes et externes. La présente étude porte sur les établissements dont l'activité économique principale relève des activités hospitalières (code Naf rév. 2 86.10Z) 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 rév. 2 96.01A) ou les services de restauration (code Naf rév. 2 56.29B), sont aussi pris en compte.

Définitions

• **Salaires 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 toute cotisation sociale, 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 méthode de calcul des salaires a été revue pour être mise en cohérence avec ce qui était fait pour d'autres secteurs. Ainsi, les chiffres relatifs à l'année 2013 et présentés dans cette étude ne sont pas les mêmes que ceux publiés dans l'ouvrage précédent.

• **Agent-e-s de service ou employé-e-s administratif-ive-s** : elles et ils incluent les agent-e-s de services hospitaliers, les aides-soignant-e-s et les ambulancier-e-s.

• **Professions intermédiaires soignantes** : elles sont constituées des infirmier-e-s, des sages-femmes, des spécialistes de la rééducation et des techniciens médicaux.

• **Professions intermédiaires sociales** : elles sont constituées des assistant-e-s sociaux-ales et des éducateur-ric-e-s spécialisé-e-s.

Pour en savoir plus

- Berger E., Dennevault C., 2017, « Les salaires dans la fonction publique hospitalière », *Insee Première*, n° 1641, mars.
- Les salaires dans la fonction publique en 2014 (premiers résultats), *Informations rapides*, 2016, INSEE, n° 79, mars.
- Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2016, disponible sur le site Internet de la fonction publique.

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 des DADS - Grand Format pour les cliniques privées. Les salaires des agents des hôpitaux publics ne sont pas encore disponibles pour l'année 2015, car les données sont encore provisoires et ne permettent pas de donner des résultats par profession ou par tranche d'âge.

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, tandis qu'en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, la capacité, rapportée à la population, est nettement moins élevée et moins variée.

Les départements 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 2015, la population des DROM représente 3,2 % de la population française, soit 2,1 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, l'offre publique reposant uniquement sur les centres hospitaliers généraux (CH). 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, hors Mayotte (*infra*), la Guyane et La Réunion ont des taux d'équipement plus faibles (tableaux 2 et 3). Les écarts sont particulièrement marqués pour les soins de suite et de réadaptation (moyen séjour) : la Guadeloupe et la Martinique disposent respectivement de 18 et 14 lits pour 10 000 habitants (16 en France métropolitaine), contre 5 pour la Guyane et 8 pour La Réunion.

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

L'activité en 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 12,4 à 14,1 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 2015, la durée moyenne de séjour en Martinique et en Guyane est légèrement plus élevée que la moyenne métropolitaine (respectivement 6,2 et 6,3 jours, contre 5,7), mais elle est plus courte à La Réunion (5,1 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, 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) est ainsi de 21 % en Guyane, alors qu'elle est de 43 % en Guadeloupe, 38 % en Martinique et 36 % à La Réunion, parts comparables à celle de la Métropole (41 %).

Psychiatrie

La prise en charge de la santé mentale dans les DROM repose quasi exclusivement sur une offre portée par les hôpitaux publics. La Réunion est le département où l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est la plus développée : 5,3 journées pour 100 habitants, devant la Guadeloupe (4,4), dont le nombre de places pour 10 000 habitants est pourtant plus élevé que dans les autres DROM.

En hospitalisation complète, La Réunion enregistre un nombre de lits rapporté à la population inférieur à celui des Antilles et de la Métropole, alors que le nombre de séjours est proche de celui de la Martinique. De fait, la durée moyenne de séjour est deux fois plus élevée en Martinique (58 jours) qu'à La Réunion (27 jours) ou en Métropole (28 jours).

Soins de suite et de réadaptation

En hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation (ou moyen séjour), le nombre de séjours rapporté à la population est proche en Martinique de celui enregistré pour la Métropole, mais il est supérieur en Guadeloupe. Le recours à l'hospitalisation partielle de moyen séjour est lui supérieur à la moyenne métropolitaine en Guadeloupe et à La Réunion, et deux fois 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, la médiane 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.

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé par catégorie d'établissement en 2015

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Établissements publics¹	10	15	2	10	1	1 351
CHR/CHU	1	6	0	6	0	165
CH, dont anciens hôpitaux locaux	8	8	2	3	1	940
CH spécialisés en psychiatrie	1	1	0	1	0	93
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	153
Établissements privés à but non lucratif	0	1	1	3	0	686
CLCC ²	0	0	0	0	0	21
Autres établissements privés à but non lucratif	0	1	1	3	0	665
Établissements privés à but lucratif	12	4	2	16	0	975
Établissements de SSR	4	1	0	8	0	337
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	8	3	2	6	0	489
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	2	0	142
Établissements de SLD	0	0	0	0	0	6
Autres établissements privés à but lucratif	0	0	0	0	0	1
Total	22	20	5	29	1	3 012

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 ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SLD : soins de longue durée.

1. 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.

2. En 2015, les 3 sites de l'institut de cancérologie de l'Ouest et les 2 sites de l'Institut Curie sont comptés chacun comme un établissement.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris 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 31/12/2015 d'au moins un lit (ou d'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 2015, traitements DREES.

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

Mayotte se distingue 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 public situé à Mamoudzou, dont l'offre est concentrée sur la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (MCO). Le taux d'équipement y est le plus faible des DROM : 16 lits d'hospitalisation complète et 2 places d'hospitalisation partielle pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation complète en MCO est très

inférieur à celui des autres DROM. Il est de 10 %, avec une durée moyenne de séjour de 5,5 jours, en dépit d'une faible part de l'hospitalisation partielle. La capacité et l'activité en 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. Ce département n'a aucune capacité en soins de suite et de réadaptation. Un hôpital actuellement en construction à Petite-Terre complètera l'offre de soins du centre hospitalier de Mayotte et contribuera à rééquilibrer les infrastructures sanitaires sur le territoire. ■

Tableau 2 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2015

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	1 222	1 219	689	2 141	352	207 887
	Psychiatrie	296	331	106	417	10	56 343
	SSR	714	529	121	693	0	103 536
	SLD	165	141	30	85	0	31 218
Places	MCO	167	163	63	291	49	30 715
	Psychiatrie	199	60	48	265	0	28 785
	SSR	123	51	60	325	0	11 425
Population en 2015 (en milliers)		400	378	255	844	227	64 277

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Tableau 3 Nombre de lits et de places installés pour 10 000 habitants au 31 décembre 2015

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	31	32	27	25	16	32
	Psychiatrie	7	9	4	5	0	9
	SSR	18	14	5	8	0	16
	SLD	4	4	1	1	0	5
Places	MCO	4	4	2	3	2	5
	Psychiatrie	5	2	2	3	0	4
	SSR	3	1	2	4	0	2

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

Tableau 4 Activité des établissements de santé, taux pour 100 habitants en 2015

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

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.

1. Pour les soins de longue durée, le taux est donné pour 10 000 habitants.

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 Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2015 pour l'activité de court séjour ; ATIH, PMSI-SSR 2015 pour l'activité de SSR, traitements DREES ; DREES, SAE 2015, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de soins de longue durée ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

Champ

Les capacités et l'activité concernent l'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2015.

Définitions

- **Établissements de santé** : voir la fiche 1, « Les grandes catégories d'établissements de santé ».
- **Lits, places, hospitalisation complète, hospitalisation partielle** : voir la 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 (dite 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

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

Sources

La statistique annuelle des établissements (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.

**Médecine, chirurgie,
obstétrique, odontologie**

En douze ans, le nombre de lits en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) a diminué de plus de 23 000. Dans le même temps, sous l'impulsion du virage ambulatoire, les capacités d'hospitalisation à temps partiel se sont développées. Entre 2014 et 2015, l'activité d'hospitalisation complète évolue peu, tandis que l'hospitalisation partielle augmente significativement. Les durées moyennes de séjour restent stables.

Entre 2003 et 2015, le nombre de lits dédiés aux activités de MCO en court séjour a diminué de 23 000, pour atteindre près de 214 000 lits en 2015. Cette diminution des capacités en hospitalisation complète s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -6 % pour les établissements publics, contre -16 % pour les cliniques privées et les établissements privés à but non lucratif. Cependant, ces écarts d'évolution n'ont pas modifié de façon significative la répartition globale des lits entre les différents secteurs : en 2015, les établissements publics concentrent 68 % du total des lits en MCO, contre 66 % en 2003.

31 000 places d'hospitalisation partielle en MCO en 2015

En contrepartie, le développement de l'hospitalisation partielle a été particulièrement important en MCO. En 2015, un peu plus de 31 000 places sont dédiées à ce mode de prise en charge, contre 18 000 en 2003. Un tiers d'entre elles sont des places de chirurgie ambulatoire ou d'anesthésie dans les établissements privés à but lucratif et un tiers sont des places de médecine dans les hôpitaux publics (tableau 1).

Une évolution 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, progresse de 3,5 % pour atteindre 7,1 millions de séjours. Au contraire, la prise en charge en hospitalisation complète (avec au moins une nuitée) recule légèrement en 2015 (-0,5 %) et s'établit à 10,4 millions de séjours.

La poursuite du recul de l'activité en hospitalisation complète, malgré une faible hausse du nombre de

séjours dans le secteur public, reste le reflet de la baisse sensible (-3,2 %) observée dans les établissements privés à but lucratif (tableau 2). Celle-ci s'explique en grande partie par la diminution du nombre de séjours de chirurgie, qui concerne tous les types d'établissements. Elle est cependant particulièrement marquée pour le secteur privé à but lucratif (-4,9 %, contre -1,6 % dans les établissements publics). De ce fait, pour la première fois en 2015, les hospitalisations chirurgicales à temps complet deviennent légèrement plus nombreuses dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées.

Toutefois, en médecine, l'hospitalisation complète continue d'augmenter (+1,0 %, en 2015 comme en 2014). Cette hausse est portée par les établissements publics (+1,3 %), qui prennent en charge les trois quarts de ces séjours, et par les établissements privés à but non lucratif (+1,2 %).

En revanche, pour l'hospitalisation partielle, l'activité est très dynamique depuis une dizaine d'années. En 2015, l'hospitalisation partielle en court séjour s'accroît encore de 3,5 %, après avoir augmenté de plus de 14,5 % tous secteurs confondus entre 2008 et 2014, sous l'impulsion du virage ambulatoire en chirurgie. L'essor de la chirurgie ambulatoire (+5,9 % en 2015) est sensible dans tous les secteurs. En 2015, les deux tiers 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, même si l'hospitalisation partielle des hôpitaux publics progresse plus vite en 2015 (+3,5 %) que celle des établissements privés (+2,9 %).

Dans une moindre mesure, pour l'année 2015, les prises en charge ambulatoires ont aussi été plus

Tableau 1 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2015 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	99 275	9 585	9 889	1 645	14 101	1 655	123 265	12 885
Chirurgie	33 144	4 974	6 083	1 568	31 377	10 605	70 604	17 147
Gynéco-obstétrique	13 499	1 061	1 277	90	4 865	265	19 641	1 416
Total	145 918	15 620	17 249	3 303	50 343	12 525	213 510	31 448

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de séjours en 2015 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	
	2015 (en milliers)	Évolution 2014-2015 (en %)	2015 (en milliers)	Évolution 2014-2015 (en %)	2015 (en milliers)	Évolution 2014-2015 (en %)	2015 (en milliers)	Évolution 2014-2015 (en %)
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	4 943	1,3	507	1,2	984	-0,4	6 434	1,0
dont séjours de techniques peu invasives	372	3,3	67	6,6	247	1,1	687	2,8
Séjours classés en chirurgie	1 360	-1,6	255	-2,2	1 324	-4,9	2 939	-3,2
Séjours classés en obstétrique	688	-1,7	75	-1,9	220	-4,5	983	-2,3
Total	6 991	0,4 %	837	-0,1	2 528	-3,2	10 356	-0,5
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	2 046	3,0	358	6,2	1 799	1,4	4 203	2,6
dont séjours de techniques peu invasives	614	5,1	223	6,3	1 592	1,4	2 428	2,7
Séjours classés en chirurgie	707	7,6	230	8,1	1 684	4,9	2 621	5,9
Séjours classés en obstétrique	217	-3,4	13	-2,6	45	-8,4	275	-4,3
Total	2 969	3,5	601	6,7	3 529	2,9	7 099	3,5

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (MCO) se fait dorénavant à partir des CAS (catégories d'activités de soins, établies à partir du troisième caractère du GHM) depuis les données 2012. Concernant les séjours de chirurgie, on repère les séjours 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 Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014-2015, traitements DREES.

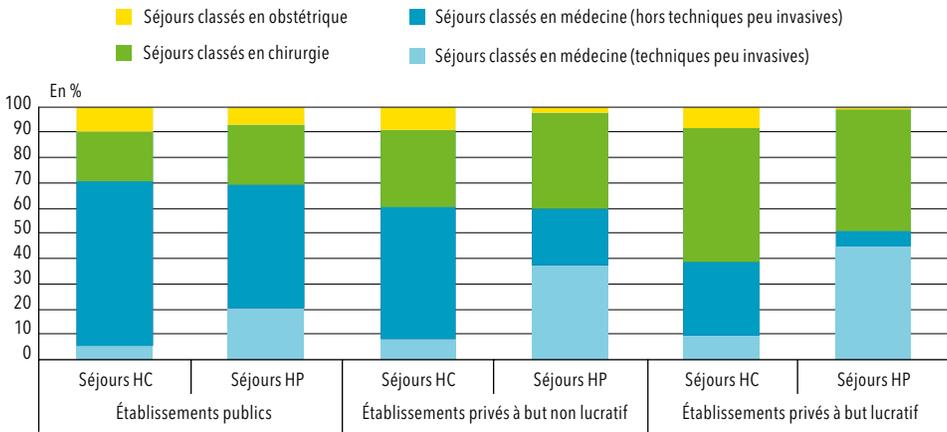
nombreuses en médecine : les séjours en hospitalisation partielle y ont augmenté de 2,6 %, contre 1,0 % pour les séjours en hospitalisation complète. La médecine reste l'activité principale des établissements publics : 70 % de l'ensemble de leurs séjours (hospitalisation partielle et complète) relèvent de cette discipline (graphique).

Stabilisation de la durée moyenne de séjour

En 2015, la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète reste stable à 5,7 jours. C'est

dans les hôpitaux publics qu'elle est la plus longue (6,1 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (4,4 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, eux, une position intermédiaire (5,6 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 6,9 jours dans le secteur public, contre 4,3 jours dans les établissements privés). En obstétrique, en revanche, la DMS est de 4,4 jours, quel que soit le statut juridique de l'établissement. ■

Graphique Répartition des séjours en MCO selon le statut de l'établissement en 2015



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2015 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

- **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 la 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 sera classé en obstétrique ; l'affectation se fera en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de médical.

- **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 avec au moins une nuitée) est classé en hospitalisation de plus de un jour, également dénommée hospitalisation complète. Voir à ce sujet l'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.

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 (SAE) de la DREES décrit les capacités en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle.

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 touchés par des hospitalisations plus fréquentes (graphique 1). En 2015, 414 300 séjours en MCO ont concerné des nourrissons, soit 2,4 % des séjours à temps complet et partiel, alors qu'ils ne représentent que 1,2 % de la population. Le deuxième pic d'hospitalisation est lié à la grossesse et concerne les femmes en âge de procréer, entre 15 et 44 ans. Mais c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement. Au total, 38 % 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 2015, le nombre de patients hospitalisés en MCO en France métropolitaine et dans les DROM a ainsi été évalué à 11,3 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 6,3 millions de femmes et 5 millions d'hommes. Ainsi, 17 % de la population française connaît une hospitalisation en MCO au moins une fois dans l'année, les 83 % restants n'étant pas hospitalisés 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 ceux ayant été hospitalisés au moins une fois, s'établit autour de 1,3 (graphique 2). À l'opposé, les personnes hospitalisées de plus de 70 ans le sont plus fréquemment, avec 1,8 hospitalisation en moyenne.

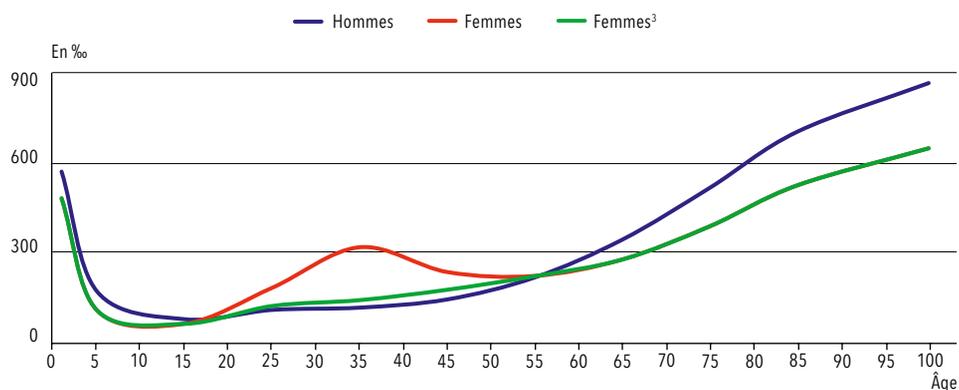
Les régions de résidence ne sont pas toujours les régions d'hospitalisation

Parmi les plus de 3 millions d'hospitalisations qui ont lieu en Île-de-France, 7,8 % concernent des personnes originaires d'autres régions, essentiellement limitrophes. Ainsi, 1,9 % viennent des Hauts-de-France (57 000 patients), 1,6 % de la région Centre – Val de Loire (48 000 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 (65 000 patients) ne résident pas dans cette région. Les établissements de la Sarthe sont en effet particulièrement attractifs pour les habitants de l'Orne et de l'Indre-et-Loire, tandis que ceux du Maine-et-Loire le sont 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 gastro-entérites 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 pris en charge par les hôpitaux publics (graphique 3). La part de ces établissements diminue

Graphique 1 Taux d'hospitalisation¹ dans les services de soins de courte durée MCO des établissements de santé en 2015²



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie.

1. Nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants.

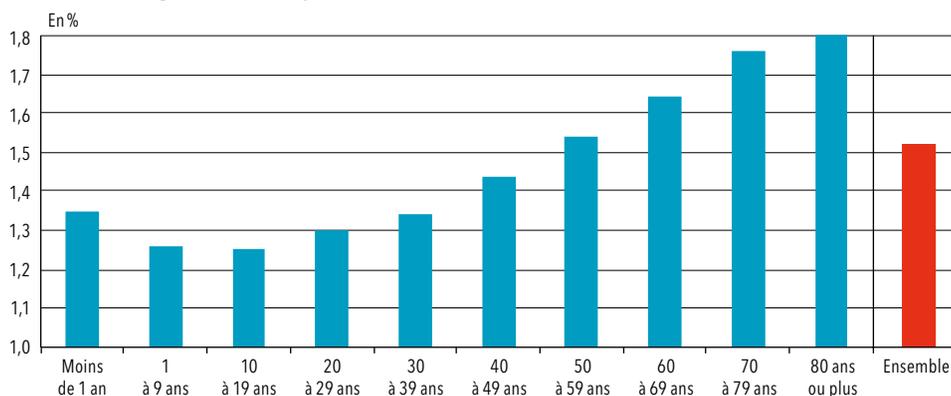
2. Hospitalisations de jour (sauf les séances) et hospitalisations complètes (au moins une nuitée).

3. Non compris les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10^e révision).

Champ > Résidents en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES ; INSEE, estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2015.

Graphique 2 Nombre moyen d'hospitalisations des personnes hospitalisées dans l'année 2015, par classe d'âge



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

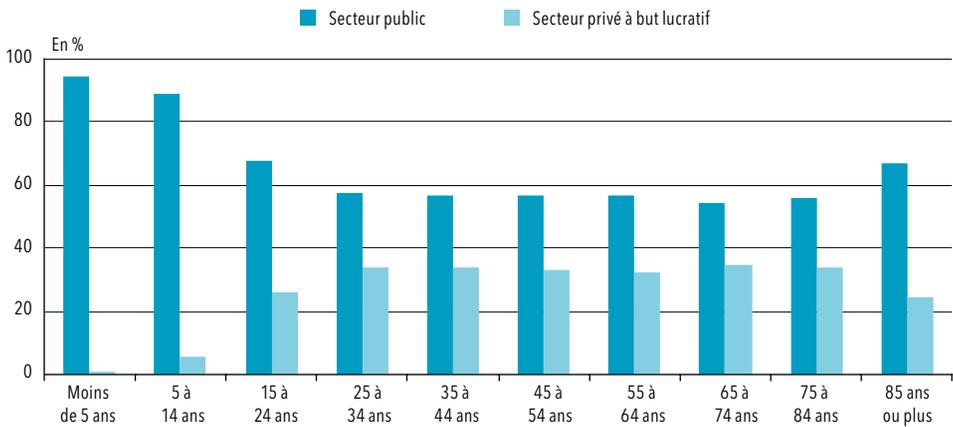
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

progressivement ensuite et s'établit aux alentours de 55 % pour les patients âgés de 25 à 84 ans. Pour cette même tranche d'âge, les cliniques privées 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 quand on analyse l'ensemble des recours à l'hôpital par groupe d'âges : les soins aigus aux deux périodes extrêmes de la vie sont surtout pris en charge par le secteur public. Toutes pathologies confondues, la part des enfants de moins de 5 ans pris en charge par le secteur public est de 78 % (87 % pour les moins de 1 an) et celle des personnes âgées de 85 ans ou plus est de 71 %.

Graphique 3 Prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2015 dans les secteurs public et privé à but lucratif



Lecture > 94 % des gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge par le secteur public, contre 1,5 % par le secteur privé à but lucratif.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2015 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

Les différents statuts juridiques des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipe-

ment sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

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.

En 2015, 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 %), suivies par les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (11 %) [graphique]. Viennent ensuite les lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externes (9 %), les maladies de l'appareil digestif (8 %) et les maladies de l'appareil génito-urinaire (8 %).

La hiérarchie des motifs diffère selon le sexe. Ainsi, la deuxième cause de recours des jeunes garçons est liée à l'appareil génito-urinaire (11 %), avant les affections périnatales (10 %), les traumatismes (9 %) et les maladies de l'appareil digestif (8 %).

Pour les filles, les motifs les plus fréquents, après les maladies respiratoires et périnatales, sont les maladies de l'appareil digestif (9 %), puis les séjours pour symptômes ou résultats d'examen anormaux, non classés ailleurs (8 %), suivis par les recours pour lésions traumatiques ou de causes externes (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 cette classe d'âge, les motifs de recours les plus fréquents sont liés à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (27 %, 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 %). Viennent ensuite les lésions dues aux traumatismes et autres causes externes (8 %), 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 40 % 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 %).

Viennent ensuite, pour les deux sexes, les recours pour surveillance ou prévention et ceux pour symptômes ou résultats d'examens anormaux.

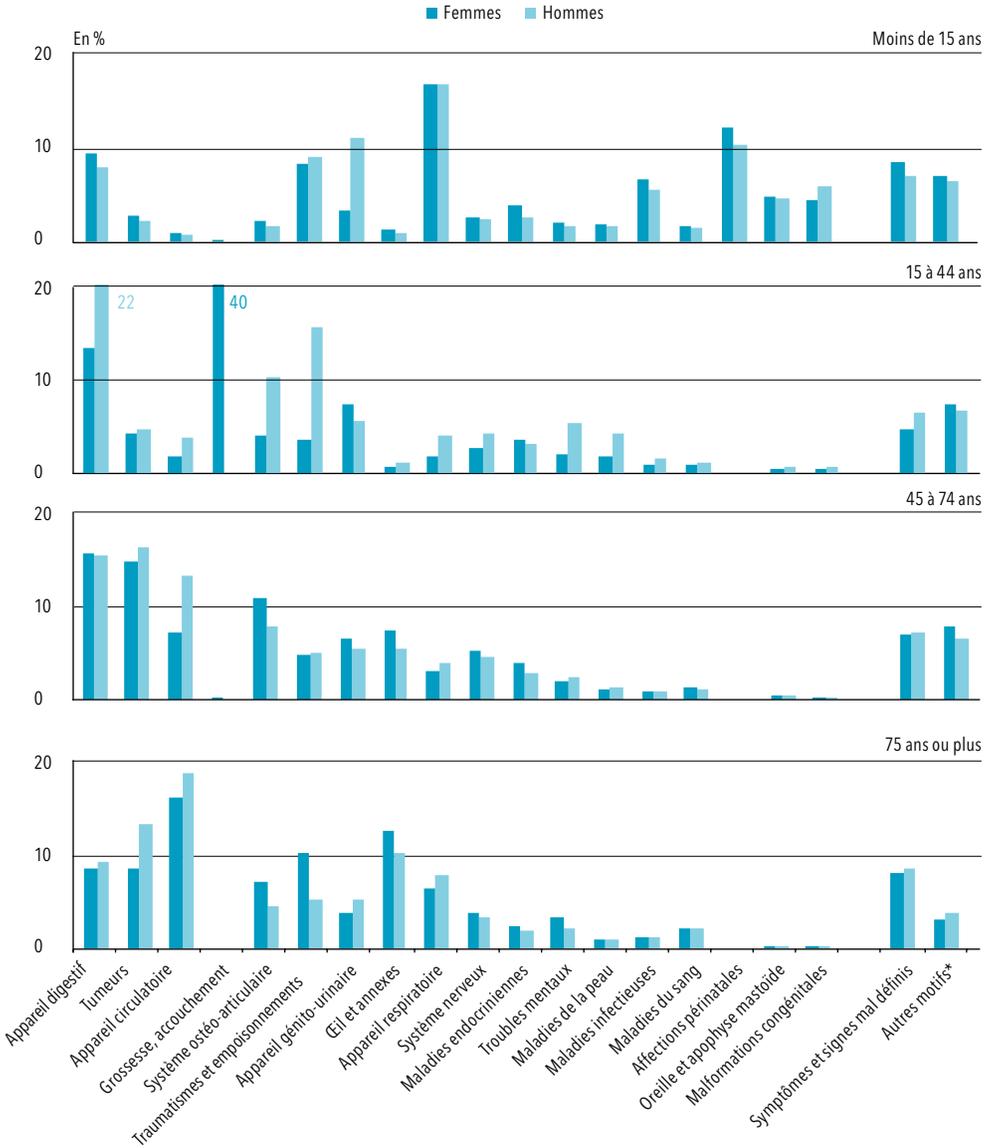
Entre 45 et 74 ans, prédominance des séjours liés aux maladies de l'appareil digestif, aux tumeurs et à l'appareil circulatoire

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

Pour les hommes, les tumeurs sont le premier motif de recours (16 %), suivies par les maladies de l'appareil digestif (15 %) et de l'appareil circulatoire (13 %). Viennent ensuite les recours pour maladie du système ostéo-articulaire (8 %) et pour bilan de symptômes ou examens anormaux (7 %).

Pour les femmes de cette classe d'âge, les recours pour maladies de l'appareil circulatoire sont deux fois moins nombreux que ceux des hommes. Pour elles, les motifs d'hospitalisation en court séjour les plus fréquents sont les pathologies digestives

Graphique Répartition des séjours¹ annuels dans les services de soins de courte durée en MCO selon la pathologie traitée², l'âge et le sexe du patient en 2015



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie.

1. Hospitalisations avec ou sans nuitée, sauf les traitements itératifs en séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).

2. Diagnostic principal (ou diagnostic relié pour le chapitre XXI) : regroupement selon les chapitres de la classification internationale des maladies de l'OMS, 10^e révision (CIM-10).

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

Note > 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 publics et privés, y compris le service de santé des armées ; patients résidant en France métropolitaine ou dans les DROM (y compris Mayotte).

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

(16 %), tumorales (15 %), puis les maladies du système ostéo-articulaire (11 %). Viennent ensuite les séjours pour surveillance, prévention ou autres motifs (8 %), pour affections de l'œil et de ses annexes (7 %), et pour maladies de l'appareil circulatoire (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 (12 %), et les tumeurs le troisième (11 %). Viennent ensuite les recours pour maladies de

l'appareil digestif (9 %) et ceux pour symptômes ou anomalies d'examen (8 %).

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

Pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont la cause de 16 % des recours, et celles de l'œil, de 13 % d'entre eux. Les lésions traumatiques, empoisonnements ou autres conséquences de causes externes sont la troisième cause de recours (10 %), plus nombreux, à ces âges, que les recours pour tumeurs (9 %) ou maladies de l'appareil digestif (9 %). ■

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle, hors séances, des établissements de santé, y compris le service de santé des armées (SSA), ayant fonctionné en 2015 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (0,2 % des séjours). Il en est de même pour les établissements dont l'activité principale ne relève pas du MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation), ainsi que pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

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'examen 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), 10^e révision (CIM-10).

Pour en savoir plus

Données sur la morbidité hospitalière disponible sur le site data de la DREES, www.Data.Drees.sante.gouv.fr, rubrique « Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux » :

- Mouquet M.-C., 2015, « Hospitalisation de court séjour : quels motifs de recours en 2013 ? », *Études et Résultats*, DREES, n° 928, août.
- Mouquet M.-C. et Oberlin P., 2013, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008. Résultats détaillés », *Document de travail, série Études et Recherche*, DREES, n° 128, novembre.
- Mouquet M.-C. et Oberlin P., 2012, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », *Le Panorama des établissements de santé*, DREES.
- Peretti (de) C., 2017, « 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*, DREES – Santé Publique France.

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.

La spécialisation des établissements de santé selon leur statut juridique s'est poursuivie au cours des dernières années. L'activité de médecine est ainsi prédominante dans les établissements publics, où elle représente 70 % des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) en 2015, contre 60 % dans les établissements privés à but non lucratif et 46 % dans les cliniques privées. Ces dernières privilégient les séjours médicaux de courte durée, notamment pour la pratique des endoscopies, actes médicaux les plus fréquents dans ces établissements.

En 2015, les deux tiers des séjours médicaux sont réalisés par le secteur public

La part du secteur public est majoritaire dans l'activité de médecine prise dans son ensemble (66 %), comme pour quasiment tous les domaines d'activité (graphique). 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 dans ce domaine d'activité des endoscopies, réalisées pour la plupart dans les cliniques privées (tableau). La part de l'ambulatoire (moins de un jour) dans l'activité médicale des établissements publics n'est que de 29 % en raison de la complexité des cas traités.

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

Un peu plus d'un quart des séjours médicaux ont lieu dans les cliniques privées (26 %). Celles-ci accueillent 72 % des endoscopies digestives, 47 % des endoscopies génito-urinaires, 51 % des endoscopies bronchiques et 52 % des endoscopies oto-rhino-laryngologiques (ORL). En définitive, environ 1,2 million d'endoscopies sont réalisées dans les cliniques privées, ce qui représente 42 % 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 (40 %, ce qui représente 7 % de leur activité médicale). Lorsqu'ils sont interventionnels, et donc à visée thérapeutique, ils débouchent souvent sur la mise en place d'endoprothèses vasculaires, c'est-à-dire de stents placés dans les coronaires et les autres vaisseaux. Ces endoscopies et cathétérismes vasculaires sont souvent réalisés en ambulatoire, d'où la part importante (65 %) des séjours médicaux de moins de un jour dans les établissements privés à but lucratif. Cette proportion est plus de deux fois plus importante que dans le secteur public. La part respective des différents secteurs varie selon l'âge des patients, le secteur public accueillant surtout les jeunes enfants et les personnes les plus âgées (voir la fiche 11, « Médecine, chirurgie, obstétrique, 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 17 % 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 est de 41 %.

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

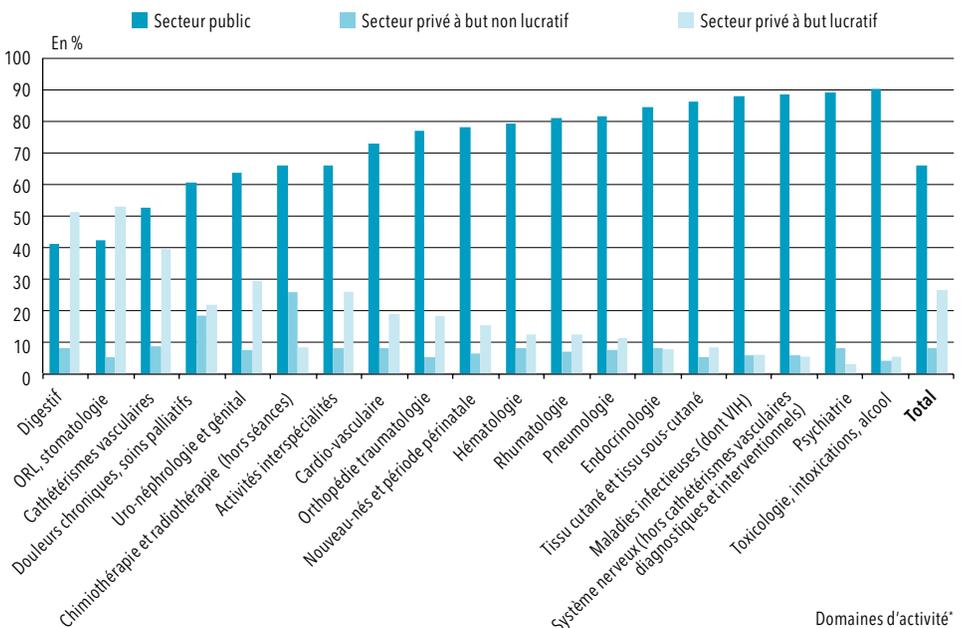
Hospitalisations complète et partielle confondues, le nombre de séjours de médecine augmente de 1,6 % en 2015. Les évolutions restent cependant contrastées suivant les spécialités : la hausse du nombre de séjours atteint 8 % pour la prise en charge des douleurs chroniques et les soins palliatifs, et 6,5 % pour les prises en charge de pneumologie, du fait notamment de l'épidémie de grippe de l'hiver 2015. Enfin, du fait de la baisse

du nombre d'accouchements en 2015, l'activité de prise en charge des affections médicales du nouveau-né diminue fortement (-10,0 %).

Les deux tiers de la progression globale du nombre de séjours de médecine en 2015 s'explique par le dynamisme de la médecine ambulatoire. Le nombre d'hospitalisations de moins d'un jour progresse de 2,6 % et s'observe dans tous les secteurs (+6,2 % pour le secteur privé à but non lucratif, +3,0 % pour le public et +1,4 % pour le privé à but lucratif).

Entre 2014 et 2015, les poids des différents secteurs sont globalement stables, toutes prises en charge médicales confondues. Cependant, la part du secteur public augmente de 3 points en 2015 pour les prises en charge pour affections médicales du nouveau-né, au détriment des deux autres secteurs. ■

Graphique Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2015



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

Lecture > 41 % de l'activité médicale digestive est prise en charge par le secteur public, contre 50,5 % par le secteur privé à but lucratif et 8,5 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

Tableau Répartition des prises en charge médicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2015

	Nombre de séjours (en milliers)	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	10 637	65,7	8,1	26,2
Digestif, dont :	2 536	41,0	8,5	50,5
endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	1 023	18,1	9,7	72,2
symptômes digestifs	232	74,5	7,0	18,5
Cardiologie, dont :	913	72,8	8,4	18,8
cardiopathies, valvulopathies	227	81,1	6,4	12,5
troubles du rythme/conduction	110	72,1	6,8	21,1
Pneumologie, dont :	886	81,7	7,4	11,0
infections respiratoires	327	84,0	7,0	9,1
bronchites, bronchiolites et asthme	194	88,6	5,1	6,3
Activités interspécialités	883	66,2	8,3	25,5
Système nerveux, dont :	807	88,5	6,1	5,5
accidents vasculaires cérébraux	175	91,4	4,6	4,0
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	645	63,4	7,4	29,2
infections des reins et des voies urinaires, lithiases	157	69,8	7,5	22,7
endoscopies génito-urinaires avec ou sans anesthésie	122	44,2	9,1	46,7
ORL, stomatologie	548	42,6	5,5	52,0
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	498	51,9	8,6	39,5
Endocrinologie, dont :	373	84,3	8,1	7,7
diabète	95	85,0	7,5	7,5
troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	129	78,9	7,8	13,2
Toxicologie, intoxications, alcool	353	90,3	4,4	5,3
Rhumatologie, dont :	348	80,7	7,3	12,0
maladies osseuses et arthropathies	180	76,9	7,1	16,0
Hématologie	310	79,2	8,4	12,3
Psychiatrie, dont :	291	88,8	8,5	2,8
névroses, psychoses et autres troubles mentaux	158	92,2	5,0	2,9
Tissu cutané et tissu sous-cutané	236	86,2	5,3	8,5
Chimio et radiothérapie (hors séances)	227	65,8	26,2	8,0
Nouveau-nés	186	78,0	6,6	15,4
Orthopédie, traumatologie	177	76,7	5,2	18,1
Douleurs chroniques, soins palliatifs	174	60,3	18,4	21,3
Maladies infectieuses (dont VIH)	129	87,8	6,0	6,2

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie) se fait à partir des CAS (catégories d'activité de soins, établies à partir du 3^e caractère du GHM).

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris les SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2015 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les techniques peu invasives (environ 3,1 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.

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 (par exemple 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 la fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique, 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, « Hospitalisation de court séjour. Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 854, octobre.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 785, novembre.
- Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 664, octobre.

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.

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 de façon prédominante les activités chirurgicales les plus complexes. Les établissements privés à but non lucratif concentrent leur activité sur la chirurgie du cancer.

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

Bien qu'ils ne totalisent que 37 % de l'activité de chirurgie en 2015, les établissements de santé publics ont la quasi-exclusivité de certains domaines d'activité (graphique), comme la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (98 %), les transplantations d'organes (96 %), ou la chirurgie réparatrice après brûlures (90 %), telles les greffes de peau. Les autres interventions majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, comme la chirurgie du système nerveux central par exemple (89 %) [tableau]. Par ailleurs, une intervention d'ophtalmologie sur quatre est réalisée dans les établissements publics, mais 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 public est de 37 %, mais elle s'élève à 61 % 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 34 %.

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 2015. La part des cliniques privées est prépondérante dans plusieurs domaines d'activité : elle atteint 67 % pour les interventions ophtalmologiques et 59 % pour la chirurgie ORL et stomatologique. Ces établissements se sont spécialisés dans des interventions chirurgicales peu complexes, qui

permettent une prise en charge ambulatoire (sans nuitée). Ils réalisent 66 % des chirurgies de la main et du poignet, 73 % des arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires, 70 % de la chirurgie de la cataracte, 65 % des amygdalectomies, végétations et poses de drains transtympaniques, et 67 % des circoncisions hospitalisées. Au final, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est de 56 %.

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

En 2015, 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 la 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 47 %.

Le volume de séjours reste porté par l'ambulatoire en 2015

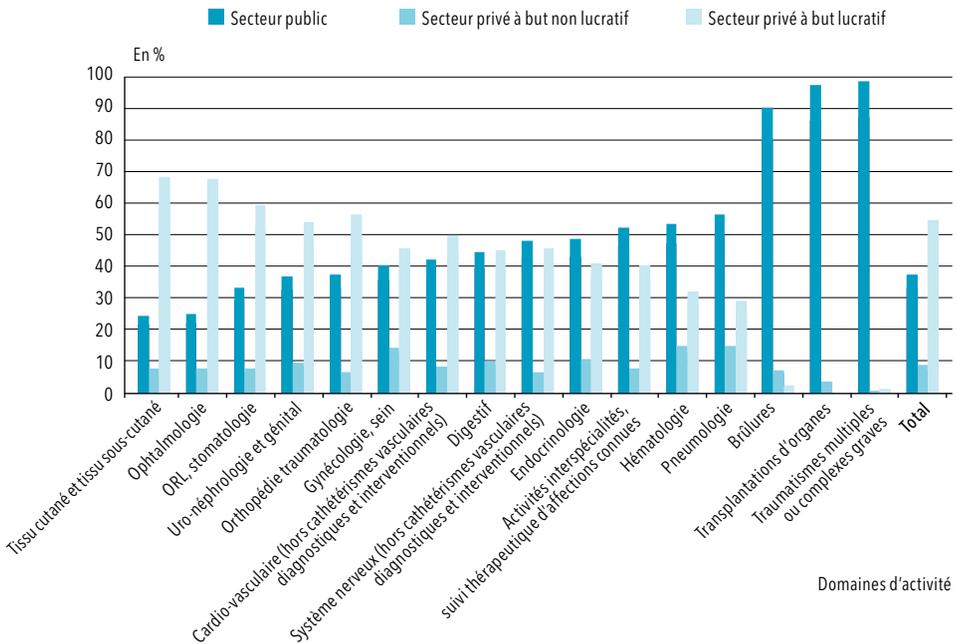
En 2015, le nombre global de séjours chirurgicaux augmente modérément, de 0,9 %. Cette hausse atteint cependant 3,9 % pour la chirurgie de la cataracte et 5,2 % pour la chirurgie des tissus (greffes de peau). À l'opposé, le nombre de séjours diminue dans les domaines de la chirurgie cardio-vasculaire (avec une diminution des ligatures de veines), de l'endocrinologie (baisse du nombre de

chirurgies de la thyroïde) et de la chirurgie ORL et stomatologique (en raison de la forte diminution des amygdalectomies).

La hausse globale des volumes d'activité est portée par une croissance forte de la chirurgie ambulatoire, quel que soit le secteur (+4,9 % pour le secteur privé lucratif, +7,6 % pour le public et +8,1 % pour le privé à but non lucratif), tandis que le nombre de séjours d'hospitalisation complète

diminue. Ces évolutions n'affectent pas la répartition des séjours entre secteurs, qui reste stable entre 2014 et 2015, toutes activités chirurgicales confondues. Toutefois, pour les interventions de chirurgie cardio-vasculaire, et plus particulièrement la pose de défibrillateurs et stimulateurs cardiaques, les parts du secteur public et du privé non lucratif augmentent de près de 1 point, au détriment du secteur privé lucratif. ■

Graphique Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2015



Lecture > 25,1 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 67,2 % par le secteur privé à but lucratif et 7,7 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

Tableau Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2015

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activité chirurgicale	5 559 931	37,2	8,7	54,1
Orthopédie, traumatologie, dont :	1 520 956	37,4	6,8	55,8
chirurgie main, poignet	357 749	27,5	6,7	65,8
chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur, genou)	348 478	44,1	7,9	48,1
arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	254 160	20,2	6,9	73,0
chirurgie du membre supérieur	115 408	59,2	4,7	36,1
amputations	12 763	61,4	6,8	31,9
Ophthalmologie, dont :	964 481	25,1	7,7	67,2
cataractes	793 833	22,0	7,6	70,4
chirurgie ophtalmique lourde	76 912	45,3	7,4	47,3
Digestif, dont :	739 957	44,6	10,4	45,0
hernies	217 802	39,7	11,0	49,3
cholécystectomies	114 846	46,7	9,8	43,5
appendicectomies	72 546	62,5	6,7	30,8
Gynécologie, sein, dont :	480 166	40,1	14,2	45,7
chirurgie utérus/annexes	161 337	46,5	8,6	45,0
chirurgie pour tumeurs malignes du sein	77 222	29,2	31,8	39,0
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	497 120	36,8	9,5	53,7
chirurgie transurétrale, autres	208 006	39,3	9,9	50,8
circoncisions	94 499	25,4	7,2	67,4
ORL, stomatologie, dont :	365 998	32,9	8,0	59,1
amygdalectomies, végétations, et drains transtympaniques	165 501	27,1	8,2	64,7
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	322 561	41,9	8,7	49,4
Chirurgie interspécialités	176 759	52,1	7,9	40,0
Tissu cutané et tissu sous-cutané	188 588	24,2	8,1	67,7
Système nerveux, dont :	159 403	47,7	6,8	45,5
chirurgie rachis/moelle	121 129	35,8	7,3	56,9
chirurgies SNC (système nerveux central)	26 500	88,6	5,2	6,2
Endocrinologie	63 697	48,4	10,8	40,8
Pneumologie	36 642	56,2	14,8	29,0
Hématologie	29 127	53,1	14,7	32,2
Traumatismes multiples ou complexes graves	5 915	97,7	0,8	1,5
Transplantations d'organes	5 550	96,4	3,6	0,0
Brûlures	3 011	89,8	7,5	2,7

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (MCO) se fait à partir des CAS (catégories d'activités de soins, établies à partir du 3^e caractère du GHM).

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2015 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

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 (par exemple 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 la fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique, 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, « Hospitalisation de court séjour. Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 854, octobre.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 785, novembre.
- Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, DREES, octobre.

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.

En 2015, en France métropolitaine et dans les DROM, 1,3 million de séjours ont eu lieu en obstétrique. Les accouchements, dont le nombre a diminué de près de 20000 entre 2014 et 2015, 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.

Forte prédominance des établissements publics en obstétrique

Les hôpitaux publics réalisent 72 % de l'activité d'obstétrique et 69 % des accouchements (tableau). Ils se concentrent davantage sur les accouchements par voie basse avec complications, dont ils assurent 78 % des prises en charge. Les établissements publics accueillent également 76 % des affections ante-partum, parmi lesquelles comptent 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 82 % 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 65 % d'entre elles se font en ambulatoire (moins de un jour). Les IVG sont des avortements provoqués et décidés pour raisons non médicales. La quasi-totalité d'entre elles sont réalisées en ambulatoire (97 %) et la part du secteur public y est prépondérante, puisqu'il prend en charge 83 % des IVG.

Moins du quart de l'activité d'obstétrique est réalisée 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 23 % en 2015 (27 % en 2009). Ce secteur réalise 23 % des accouchements par voie basse sans complications, 15 % des accouchements par voie basse avec complications et 26 % des accouchements par césarienne. Les cliniques privées prennent aussi en charge 28 % des IMG, mais seulement 13 % des IVG. Les établissements privés à but non lucratif ont, eux, une part très faible dans le domaine obstétrical, et ne réalisent que 7 % de l'ensemble des activités d'obstétrique.

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

Entre 2014 et 2015, le poids des établissements publics dans l'ensemble des activités obstétricales a augmenté de 0,5 point, essentiellement au détriment des cliniques privées. Cette évolution concerne aussi bien les accouchements par voie basse que les césariennes. Elle est également très marquée pour les IVG et IMG, pour lesquelles la part du secteur public progresse respectivement de 0,8 point et de 1,0 point, principalement au détriment de celle du secteur privé à but lucratif. ■

Tableau Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le groupe d'activité en 2015

	Nombre de séjours (en milliers)	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble des activités obstétricales	1 258	71,9	7,0	21,1
Accouchements¹, dont :	790	68,6	8,2	23,2
accouchements par voie basse sans complications	571	68,1	8,5	23,4
accouchements par voie basse avec complications	61	78,4	6,6	15,0
accouchements par césarienne	158	66,6	7,8	25,6
Affections ante-partum	208	76,0	5,5	18,5
Affections post-partum	13	81,9	5,2	13,0
Interruptions médicales de grossesse²	69	65,7	6,4	28,0
Interruptions volontaires de grossesse	178	83,3	4,0	12,8

1. Y compris accouchements hors établissements et transférés en service obstétrique (environ 4 000 en 2015).

2. Avant 22 semaines d'aménorrhée.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2015 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

- **Identification des séjours d'obstétrique** : voir la fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique, 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 », *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007*, DREES, août.
- Baubeau D., Morais S., Ruffié A., 1999, « Les maternités de 1975 à 1996. Un processus de restructuration

sur longue période », *Études et Résultats*, DREES, n° 21, juillet.

- Buisson G., 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *Études et Résultats*, DREES, n° 225, mars.
- Evain F., 2013, « Hospitalisation de court séjour. Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Panorama des établissements de santé*, DREES.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, DREES, n° 785, novembre.
- Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, DREES, n° 664, octobre.
- Vilain A., 2016, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 », *Études et Résultats*, DREES, n° 968, juin.

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.

Les plateaux techniques

L'organisation de l'activité d'anesthésie dans les établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM est liée aux types d'activités développées : interventions chirurgicales plus ou moins complexes, endoscopies, radiologies interventionnelles, etc. Les salles dédiées à ces diverses interventions sont utilisées de manière différente selon le statut, public ou privé, de l'établissement. 7 400 salles d'interventions chirurgicales sont réparties dans un peu plus de 1 000 établissements de santé publics ou privés. Ces derniers les utilisent plus intensément, la chirurgie ambulatoire y étant davantage pratiquée.

En 2015, 1 650 salles sont dédiées à la surveillance postinterventionnelle

L'activité anesthésique est associée à l'activité chirurgicale (6,3 millions d'actes chirurgicaux requérant une anesthésie sont recensés en 2015), mais elle ne s'y réduit 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 2015, 650 salles dédiées aux actes d'obstétrique (hors salles de travail), 910 salles d'activités interventionnelles sous imagerie, 1 500 salles dédiées aux endoscopies et 600 salles dédiées à d'autres interventions ou explorations, avec ou sans anesthésie, sont ainsi recensées. Au total, 3 700 salles destinées à des interventions ou des explorations hors chirurgie sont dénombrées en 2015.

Au sein des établissements, les salles permettant les différentes activités de soins, chirurgicales ou non, sont réparties en différents lieux en fonction de l'environnement nécessaire aux actes réalisés. Le nombre de salles de surveillance postinterventionnelle s'élève à 1 650 pour 14 000 postes de réveil (tableau 1), soit plus de huit postes par salle en moyenne. 46 % des salles de surveillance se situent dans des établissements

publics, 44 % dans des cliniques privées et 10 % dans des établissements privés à but non lucratif.

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

En 2015, 7 400 salles d'intervention chirurgicale sont situées dans 1 000 établissements de santé (tableau 2). Moins de la moitié 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 quasi 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 prennent en charge des actes plus complexes (voir la fiche 14, « La spécialisation en chirurgie ») avec des temps de réalisation plus longs. Ces derniers disposent également plus souvent de structures d'urgences et de salles chirurgicales dédiées à l'urgence (ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7). ■

Tableau 1 L'activité d'anesthésie en 2015

	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	298	461	162	729	1 650
Nombre de postes de réveil, y compris ceux dédiés à la chirurgie ambulatoire	2 565	3 578	1 284	6 726	14 153

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Tableau 2 Les plateaux techniques de chirurgie en 2015

	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	99	351	102	461	1 013
Nombre de salles d'intervention chirurgicale, dont :	1 510	1 809	643	3 393	7 355
nombre de salles destinées à la chirurgie classique ²	1 440	1 663	622	3 123	6 848
Nombre de séjours chirurgicaux en hospitalisation complète ou partielle	886 527	1 180 198	484 476	3 008 730	5 559 931

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.

1. Hors obstétrique.

2. Peu de salles sont dédiées uniquement à la chirurgie ambulatoire, qui est réalisée la plupart du temps dans des salles mixtes (chirurgie classique et chirurgie ambulatoire).

Note > La refonte de la SAE a modifié le mode de collecte de l'information. Cette modification entraîne une rupture de série entre les résultats de l'année 2012 et ceux des années ultérieures.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES pour le nombre de séjours ; DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Champ

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

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 situées près 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., Perlberg J., Bert T., Hausswalt P. et Weill M., « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France (MAP) », 2014, rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, IGAS, juillet.

Sources

La statistique annuelle des établissements (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.

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.

En 2015, 2 400 salles de radiologie conventionnelle, numérisée ou non, sont disponibles dans 835 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 329 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies, réparties sur 180 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. 527 établissements publics ou privés à but non lucratif déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 701 appareils (dont 663 exploités par l'établissement lui-même²), situés pour 87 % dans le secteur public (dont 26 % en CHR) et pour 3 % dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). 369 établissements possèdent au moins une IRM, soit 508 appareils (dont 468 exploités par l'établissement), situés pour 87 % dans le public (dont un tiers en CHR et la moitié en centre hospitalier) et pour 4 % en CLCC. Le nombre d'actes de scanners réalisés en établissements du secteur public et privé à but non lucratif pour les patients hospitalisés dans ces établissements est estimé à 3,1 millions et le nombre d'actes pour des patients externes à 3,9 millions, hors activité réalisée dans le cadre de l'activité libérale 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 1,8 million pour des patients externes. Enfin, 127 établissements disposent d'une unité

de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 286 gamma-caméras (dont 270 exploitées par l'établissement) situées pour moitié en CHR. Toutefois, ce nombre est sans doute sous-estimé en raison de non-réponses dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE, voir Source, dans l'encadré). 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. Ainsi, si 216 scanners et 166 IRM sont dénombrés dans les cliniques privées, 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 370, 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 à 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 5,2 en Corse du Sud (carte 1). Pour les IRM, le rapport s'établit à 2,0 appareils pour 200 000 habitants pour la France entière, et varie de 0,6 dans les départements du Cher et de la Mayenne à 3,6 à Paris (carte 2). ■

Tableau 1 Équipement en imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en 2015

Types d'équipements	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	527	701	663
IRM	369	508	468
Caméras à scintillation	127	286	270
Tomographes à émission/caméras à positons	83	103	97
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non ¹	835	2 391	2 322
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	180	329	318

1. Non compris les appareils de mammographie.

Note > Un centre de lutte contre le cancer est non répondant en 2015. Les résultats prennent en compte sa réponse en 2014.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA, établissements publics et privés à but non lucratif.

Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Tableau 2 Équipement en imagerie des établissements privés à but lucratif en 2015

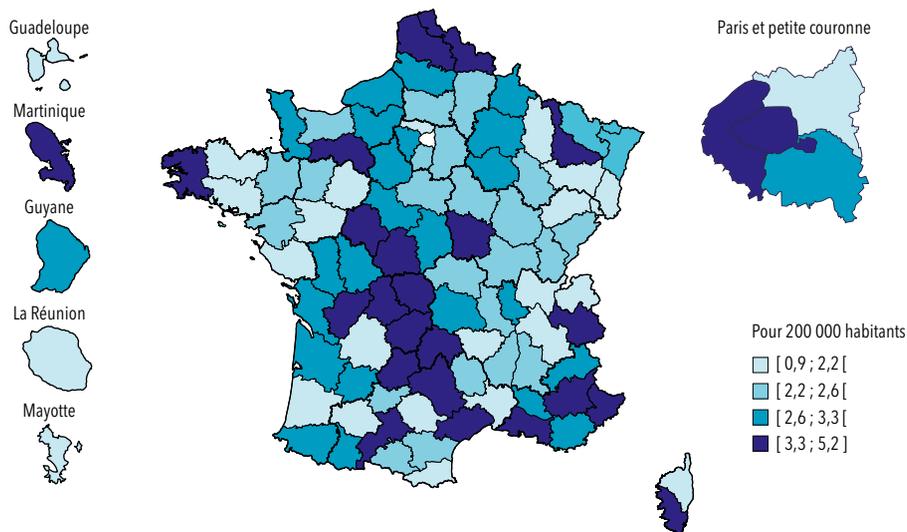
Types d'équipements	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils présents sur le site (ou de salles pour la radiologie conventionnelle)
Scanners	185	216
IRM	134	166
Caméras à scintillation	33	68
Tomographes à émission/caméras à positons	14	13
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non ¹	244	603
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	82	134

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 pour cette question.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA, établissements privés à but lucratif.

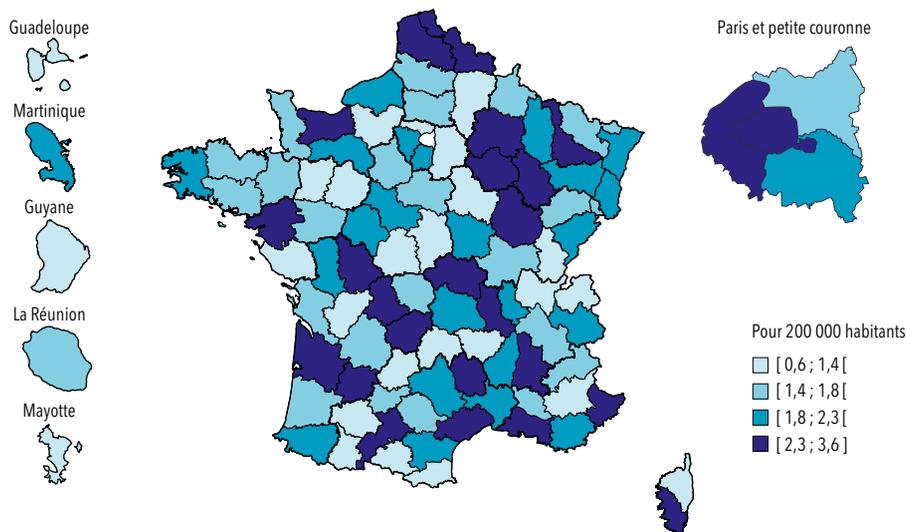
Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Carte 1 Nombre de scanners par département en 2015

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

Carte 2 Nombre d'IRM par département en 2015

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015

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 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 (SAE). L'équipement des cliniques privées à but lucratif est donné à titre indicatif en raison d'une sous-déclaration importante concernant ces établissements.

Définitions

- **Radiologie** : technique fondée sur l'utilisation des rayons X.
- **Radiologie numérisée** : elle représente une amélioration technique par rapport à la radiologie conventionnelle, du fait de l'assistance d'un ordinateur pour la réalisation des films.
- **Radiologie vasculaire et coronarographie** : les examens des vaisseaux sont réalisés dans des salles spécialisées permettant les injections 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.

- **Camera à scintillation ou gamma-camera** : 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 camera 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).

Source

La statistique annuelle des établissements (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).

Les autres disciplines hospitalières

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 se structure 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 2015, 621 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 Cadrage, dans l'encadré). Plus de la moitié d'entre eux appartiennent au secteur public. Ce dernier assure par ailleurs 69 % des capacités d'accueil (lits et places) en hospitalisation, et la quasi-totalité de l'offre ambulatoire en psychiatrie (tableau). L'autre moitié des établissements répondant à la SAE se répartit à parts égales entre les cliniques privées, essentiellement portées sur 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 est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif. Près des deux tiers 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 sont le plus souvent traités dans le cadre 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 2015, plus de 21 millions d'actes ont ainsi été réalisés, notamment dans les 3 700 unités de consultation et centres médico-psychologiques, 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 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, 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 est de 29 000 en 2015, auquel il convient d'ajouter l'activité des 384 ateliers thérapeutiques. Au total, l'activité d'hospitalisation à temps partiel comptabilise près de 5,3 millions de journées. La psychiatrie infanto-juvénile est caractérisée par une part beaucoup plus importante des prises en charge à temps partiel. Les places en hôpital de jour et en hôpital de nuit représentent 75 % des capacités d'accueil (lits et

Tableau Capacités et activité en psychiatrie en 2015

	Psychiatrie générale (GEN)				Psychiatrie infanto-juvénile (INF)				Ensemble de la psychiatrie (GEN + INF)
	Établissements publics	Établissements privés		Total	Établissements publics	Établissements privés		Total	
		à but non lucratif	à but lucratif			à but non lucratif	à but lucratif		
Prises en charge à temps complet									
Hospitalisation à temps plein									
Nombre de lits	34 776	6 944	13 138	54 858	1 660	405	212	2 277	57 135
Nombre de journées	11 157 231	2 179 187	4 593 206	17 929 624	356 608	82 313	67 999	506 920	18 436 544
Placement familial thérapeutique									
Nombre de places	2 505	491	-	2 996	745	64	-	809	3 805
Nombre de journées	653 161	45 004	-	698 165	122 883	7 267	-	130 150	828 315
Accueil en centre de postcure									
Nombre de lits	610	664	174	1 448	-	-	-	-	1 448
Nombre de journées	152 364	174 304	61 576	388 244	-	-	-	-	388 244
Accueil en appartement thérapeutique									
Nombre de places	1 192	205	-	1 397	-	-	-	-	1 397
Nombre de journées	211 138	48 433	-	259 571	-	-	-	-	259 571
Hospitalisation à domicile									
Nombre de places	569	42	15	626	27	-	-	27	653
Nombre de journées	143 076	11 337	1 714	156 127	11 658	-	-	11 658	167 785
Accueil en centre de crise¹									
Nombre de places	407	27	18	452	34	8	-	42	494
Nombre de journées	113 766	7 564	7 075	128 405	9 071	2 005	-	11 076	139 481
Prises en charge à temps partiel									
Hôpital de jour									
Nombre de places	13 545	3 343	1 300	18 188	7 768	1 735	74	9 577	27 765
Nombre de journées	2 514 506	591 403	413 511	3 519 420	1 013 571	301 029	18 830	1 333 430	4 852 850
Hôpital de nuit									
Nombre de places	812	223	129	1 164	79	44	-	123	1 287
Nombre de journées	77 075	49 358	27 498	153 931	3 874	3 589	-	7 463	161 394
Atelier thérapeutique									
Nombre de structures	230	40	1	271	111	1	1	113	384
Nombre de journées	171 737	27 008	1 952	200 697	73 960	682	1 935	76 577	277 274
Prises en charge ambulatoire									
CMP ou unité de consultation des services									
Nombre de CMP et/ou d'unités	1 939	230	2	2 171	1 324	179	-	1 503	3 674
Nombre d'actes	9 127 731	1 089 100	7 655	10 224 486	4 185 144	592 668	-	4 777 812	15 002 298
CATTP									
Nombre de structures	1 115	119	-	1 234	621	53	-	674	1 908
Nombre d'actes	1 997 200	288 030	-	2 285 230	627 367	55 557	-	682 924	2 968 154
Autres formes de prise en charge ambulatoire²									
Nombre d'actes	2 372 087	469 132	-	2 841 219	303 034	20 204	-	323 238	3 164 457

CMP : centre médico-psychologique ; CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

1. Y compris structures d'accueil des urgences en hôpital psychiatrique.

2. Sont dénombrés les actes réalisés à domicile ou en institution substitutive au domicile, en unité d'hospitalisation somatique, en établissement social ou médico-social, en milieu scolaire ou en centre de protection maternelle et infantile.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris les SSA.

Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

places) en psychiatrie infanto-juvénile, contre 24 % en psychiatrie générale. Ainsi, alors qu'en psychiatrie générale, l'activité à temps partiel ne représente que 17 % des journées d'hospitalisation, elle en représente 68 % en psychiatrie infanto-juvénile.

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

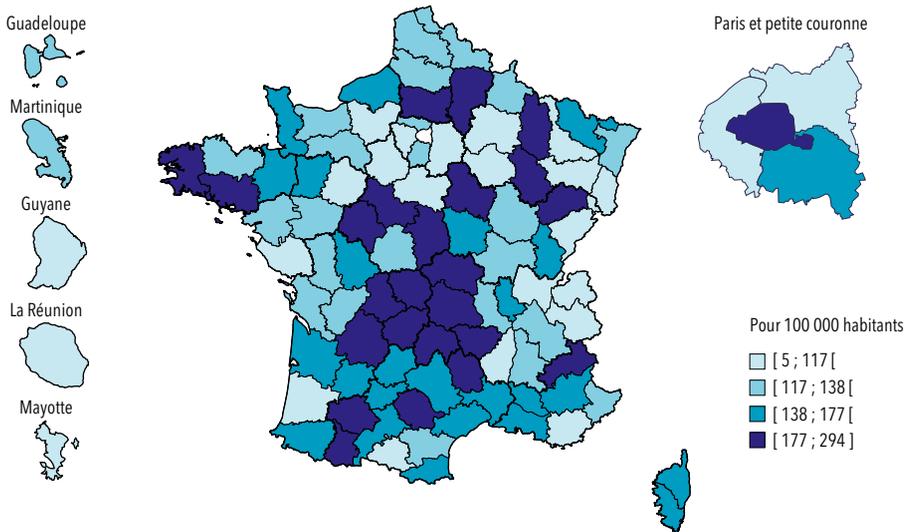
Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ne cessent de diminuer. Cette baisse a toutefois ralenti ces dernières années et le nombre de lits installés s'établit à 57 000 en 2015 pour 18,5 millions de journées. Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes de prises en charge à temps complet existent, essentiellement en psychiatrie générale. Ainsi, en 2015, les établissements de santé déclarent disposer de

7 800 lits ou places en accueil familial thérapeutique, centres de posture, appartements thérapeutiques, hospitalisation à domicile, centres de crise et structures d'accueil d'urgence. Dans ces structures, 1,8 million de journées de prises en charge ont été réalisées, soit 9 % de l'activité à temps complet en psychiatrie.

Des taux d'équipements variables selon les départements

La densité nationale moyenne d'équipement en lits et en places d'hospitalisation à temps complet ou partiel est de 142 pour 100 000 habitants en 2015 (carte 1). Elle apparaît 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 1 structure pour 100 000 habitants en Eure-et-Loir à 28 structures pour 100 000 habitants en Lozère. ■

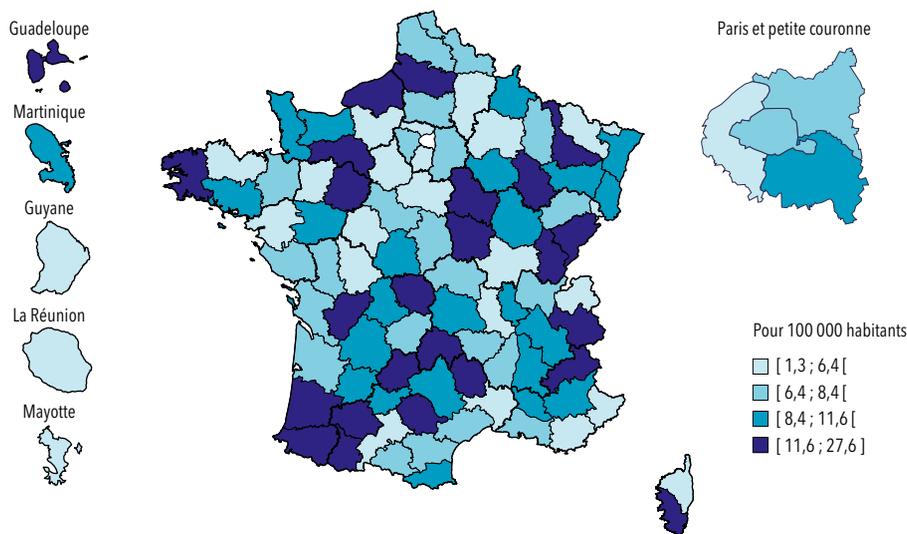
Carte 1 Densité de lits et de places d'hospitalisation en psychiatrie en 2015



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

Carte 2 Densité de lieux de prise en charge ambulatoire en psychiatrie en 2015¹

1. Centres médico-psychologiques, unités de consultation, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel.

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie et ayant fonctionné en 2015 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Cadrage

• **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, 621 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, on dénombre environ 8 850 lieux de prise en charge en psychiatrie.

• **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.

Pour en savoir plus

- Bénamouzig D. et Ulrich V. (coord.), 2016, « L'organisation des soins en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril-juin.
- Coldefy M., Le Neindre C., 2014, « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique », rapport IRDES, n° 558, décembre.

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).

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur de santé publique. En 2015, 2 millions de patients ont été suivis en ambulatoire et 420 000 en hospitalisation dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie. L'analyse montre l'existence de populations aux besoins distincts et confirme l'existence de disparités géographiques.

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

En 2015, 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 en soins ambulatoires (3 020 patients pour 100 000 habitants) est en effet 4,8 fois plus important qu'en hospitalisation (635 patients pour 100 000 habitants). La prise en charge hospitalière est plus forte dans les départements du sud de la France (particulièrement en région Occitanie), tandis que les taux les plus élevés en ambulatoire concernent les départements du Nord de la France, notamment la région Grand Est (cartes 1 et 2).

Des hospitalisations réalisées essentiellement à temps complet

La prise en charge en hospitalisation accueille autant d'hommes que de femmes (tableau). L'âge moyen des patients est de 42,1 ans et varie selon le type de prise en charge : 44,3 ans à temps complet, contre 37,4 ans à temps partiel. Parmi les 420 000 patients hospitalisés en 2015, 347 000 l'ont été à temps complet pour un total de 19,4 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 est de 54 jours.

Les patients admis en hospitalisation proviennent 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. Près de neuf séjours hospitaliers sur dix se clôturent

par un retour au domicile, 4 % 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 3 % par un accueil dans une structure médico-sociale.

Des soins ambulatoires réalisés essentiellement en centre médico-psychologique (CMP)

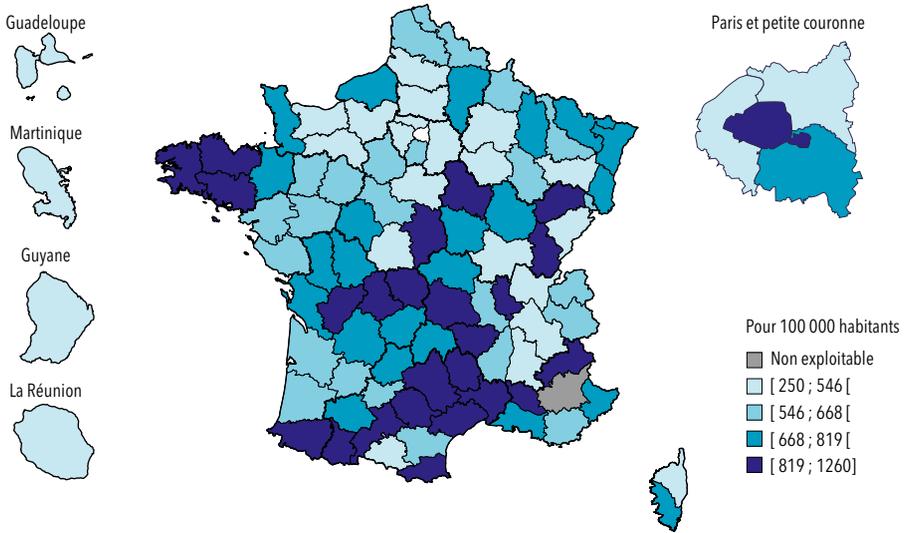
Les patients suivis en ambulatoire sont relativement jeunes : un patient sur quatre est âgé de 16 ans ou moins et un sur deux a moins de 40 ans. En 2015, les trois quarts des actes réalisés sont des entretiens et 60 % sont effectués en centre médico-psychologique (CMP). Ils peuvent également avoir lieu en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP, 13 %), au domicile du patient (6 %), 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 pour un tiers par des infirmiers, un quart par des médecins et un peu moins d'un cinquième par des psychologues.

Des motifs de prise en charge qui varient selon le sexe et le type de prise en charge

Parmi l'ensemble des diagnostics principaux (CIM-10¹), les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1), la schizophrénie (F2), les troubles de l'humeur (F3) et les troubles névrotiques (F4) représentent une large part des prises en charge à temps complet ou partiel (graphique). Le diagnostic F2 de la schizophrénie

1. Classification internationale des maladies, 10^e 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 2015

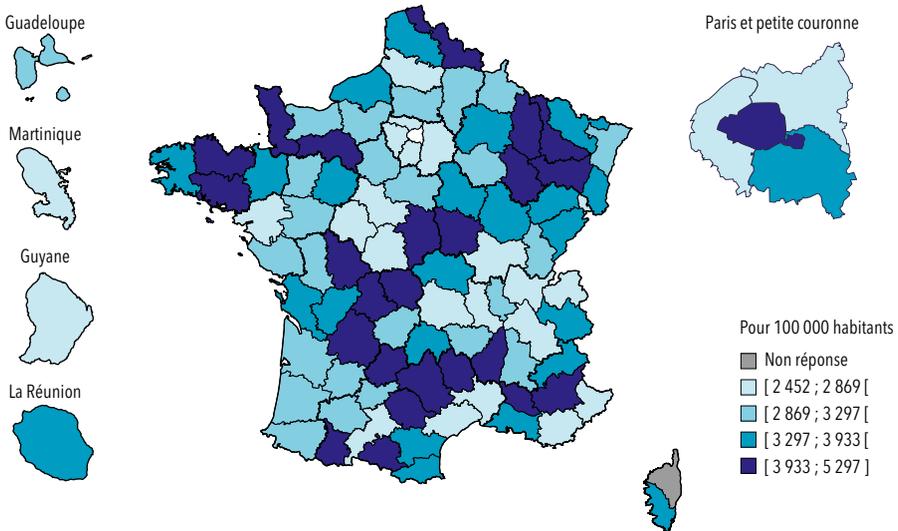


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, RIM-P 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

Carte 2 Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires en 2015



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, RIM-P 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

correspond au motif de recours à l'hospitalisation le plus fréquent chez les hommes (24 %), tandis que les femmes sont davantage hospitalisées pour un diagnostic F3 de troubles de l'humeur (38 %). 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). Les mêmes différences par sexe qu'en hospitalisation sont observables, auxquelles s'ajoute une sur-représentation des femmes parmi les diagnostics de troubles névrotiques (F4) et des hommes parmi les troubles du développement psychologique (F8) ou troubles du comportement (F9).

Des prises en charge spécifiques chez les enfants et adolescents

La prise en charge des patients âgés de 16 ans ou moins se fait majoritairement en ambulatoire, davantage encore que chez les adultes. En 2015, les

établissements ont pris en charge 42 000 enfants et adolescents en hospitalisation partielle ou complète et 461 000 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 5,4 millions d'actes, réalisés en CMP dans plus de 76 % des cas. 61 % des patients sont des garçons, essentiellement pris en charge 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 16 % 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 Caractéristiques des patients suivis en établissement psychiatrique en 2015

	Psychiatrie pour enfants et adolescents (≤16 ans) ¹	Psychiatrie adulte (>16 ans) ¹	Patients tous âges confondus
Prise en charge en hospitalisation²			
Nombre de patients	41 834	378 287	420 121
Proportion d'hommes	66 %	50 %	51 %
Nombre de journées d'hospitalisation	1 780 180	22 490 143	24 270 323
Part de journées d'hospitalisation partielle	66 %	16 %	20 %
Durée moyenne d'hospitalisation (en journées)	42,5	59,5	57,8
Prise en charge ambulatoire			
Nombre de patients	460 768	1 536 864	1 997 632
Proportion d'hommes	61 %	47 %	50 %
Nombre d'actes ambulatoires	5 376 335	15 882 025	21 258 360
Part d'actes réalisés en centre médico-psychologique	76 %	55 %	60 %
Nombre moyen d'actes	11,7	10,3	10,6

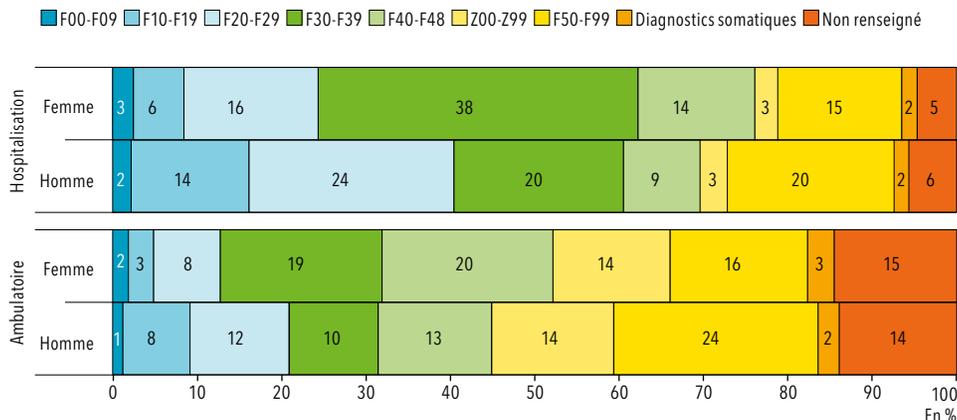
1. Dans le RIM-P, les prises en charge sont classées selon l'âge des patients et non en fonction de la spécialisation du service (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile).

2. On se restreint ici aux 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) ne contient pas d'erreur.

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

Source > ATIH, RIM-P 2015, traitements DREES.

Graphique Répartition des diagnostics principaux par nature de prise en charge et par sexe en 2015



F00-F09 : troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques ; F10-F19 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ; 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), 10^e révision.

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

Source > ATIH, RIM-P 2015, traitements DREES.

Champ

Patients pris en charge dans les établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité en psychiatrie en France métropolitaine, dans les DROM (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 sur le numéro d'assuré social, la date de naissance et le sexe, qui permet de faire le lien entre les différentes hospitalisations d'un même patient) ne contient pas d'erreur.

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. et Ulrich V. (coord.), 2016, « L'organisation des soins en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril-juin.

• *L'état de santé de la population en France - Rapport 2017*, 2017, DREES, Santé publique France, mai.

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.

En 2015, 314 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) sont comptabilisées en France. Elles disposent de 15 200 places, soit 4 % de l'offre d'hospitalisation complète du territoire. En matière d'activité, 174 000 séjours pour 4,6 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 4 % des journées d'hospitalisation complète. En 2015, les 105 structures associatives spécialisées dans cette forme d'hospitalisation continuent de jouer un rôle prépondérant (49 % des places et 52 % des journées). En France, l'HAD reste inégalement répartie sur le territoire, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine concentrant 15 % des places 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 constitue ainsi l'une des alternatives à l'hospitalisation complète (voir la fiche 4, « Les autres prises en charge hospitalières »).

Les structures associatives offrent la moitié des 15 200 places d'HAD

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD s'est peu à peu structurée et a connu un essor important depuis le début des années 2000, à la suite de la clarification de son périmètre et de son champ d'application. La capacité offerte et l'activité ont ainsi triplé. Ces dernières années, le nombre de structures d'HAD se stabilise, tandis que le nombre de places¹ et celui des journées continuent d'augmenter (de 3 % par an en moyenne depuis 2013). Néanmoins, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2015, 314 structures offrent 15 200 places en France métropolitaine et dans les DROM (tableau), ce qui ne représente que 4 % des lits d'hospitalisation complète disponibles sur le territoire.

Les structures d'HAD appartiennent, en majorité, aux secteurs public et privé à but non lucratif. Les

133 structures du secteur public, dont 118 sont des centres hospitaliers, offrent 27 % des places d'HAD. Parmi les 127 structures du secteur privé à but non lucratif, 105 relèvent du domaine associatif et sont de fait spécialisées dans cette forme d'hospitalisation. Ces dernières offrent la moitié des places en HAD en France (7 400 places en 2015), mais leur poids dans l'offre d'HAD recule entre 2006 et 2015, passant de 56 % à 49 %. Le secteur privé à but lucratif, composé de 54 structures, reste minoritaire, mais son importance s'accroît régulièrement. Entre 2006 et 2015, la part des places en HAD offertes par ce secteur est passée de 6 % à 17 %.

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

En 2015, sur les 15 200 places offertes en HAD sur le territoire français, plus de 2 500 sont concentrées en Île-de-France et, au sein de cette région, 2 300 places se trouvent dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine. Pour ces deux départements, l'offre de places en HAD représente 17 % de l'offre de l'ensemble du territoire, et la densité moyenne de places est de 61 pour 100 000 habitants (carte), soit 2,5 fois plus que la moyenne nationale (23 pour 100 000 habitants). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premières structures créées 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.

1. Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.

Les densités sont également élevées dans d'autres départements de France métropolitaine, comme les Landes ou le Var, où l'HAD existe aussi depuis longtemps. Les DROM, la Guadeloupe et la Guyane ont des densités trois à quatre 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 places d'HAD, malgré la dynamique de ces dix dernières années, qui tend vers une couverture de l'ensemble des départements. Les départements restants de l'Île-de-France, les Alpes-de-Haute-Provence, la Mayenne, le Cantal et l'Ardèche affichent ainsi des densités départementales inférieures à 11 places pour 100 000 habitants, soit deux fois moins que la moyenne nationale.

Tableau Capacités et activité des structures d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique en 2015

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Nombre de places ¹ installées	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours terminés ² en 2015	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours mono-séquences ³ (en journées)
Secteur public :	133	4 107	55	1 201	23	16
CHR	15	1 309	23	416	19	12
CH (et autres)	118	2 798	32	786	26	18
Secteur privé à but non lucratif :	127	8 547	100	2 749	29	20
CLCC	3	213	4	79	23	10
Structure associative d'HAD	105	7 441	87	2 406	30	20
Autres	19	893	10	264	29	21
Secteur privé à but lucratif	54	2 529	19	679	38	24
Ensemble	314	15 183	174	4 629	28	19

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile.

1. Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant l'HAD.

2. On comptabilise environ 162 000 séjours terminés en 2015, soit 93 % des séjours d'HAD.

3. On comptabilise environ 122 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2015, soit 70 % de séjours d'HAD.

Note > L'activité est celle des disciplines de médecine, obstétrique, odontologie et soins de suite et de réadaptation, hors psychiatrie. Le nombre de structures est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Le total des places d'HAD installées est celui déclaré dans la SAE pour réaliser l'activité d'HAD en MCO et SSR enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2015, ceux terminés ou non en 2015. Les journées sont celles de l'année 2015 (on exclut les journées antérieures à 2015 pour les séjours ayant commencé avant).

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2015 ; DREES : SAE 2015, traitements DREES.

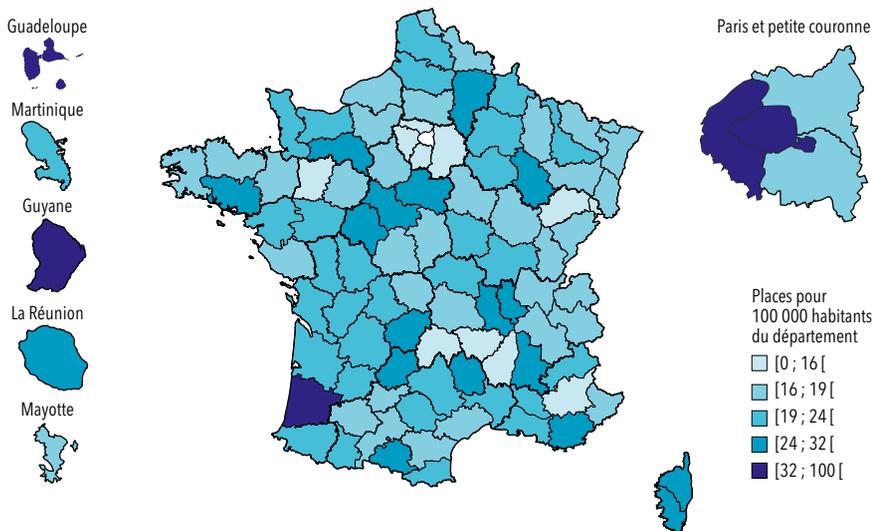
Les séjours sont plus longs dans le secteur privé à but lucratif

174 000 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,6 millions de journées (tableau), soit 4 % des journées d'hospitalisation complète de 2015. En matière d'activité, la prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore qu'en nombre de places offertes, avec 47 000 séjours (27 % de l'ensemble des séjours) et 850 000 journées (18 % des journées) en 2015.

Le secteur privé à but non lucratif a également plus d'importance en matière d'activité que de places offertes. Il prend en charge 58 % des séjours (contre 31 % dans le public et 11 % dans le privé à but lucratif), et réalise 59 % des journées (contre 26 % dans le public et 15 % dans le privé à but lucratif). Cette répartition est, jusqu'à présent, 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 16 et 20 jours en moyenne pour les séjours terminés et monoséquences²) que dans le secteur privé à but lucratif (24 jours) [tableau]. Ainsi, la périnatalité et surtout les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours (voir la fiche 21, « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les secteurs public et privé à but non lucratif (graphique). 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 2015, et de 19 jours si l'on considère seulement les séjours monoséquences. ■

Carte Densité des places en hospitalisation à domicile par département en 2015



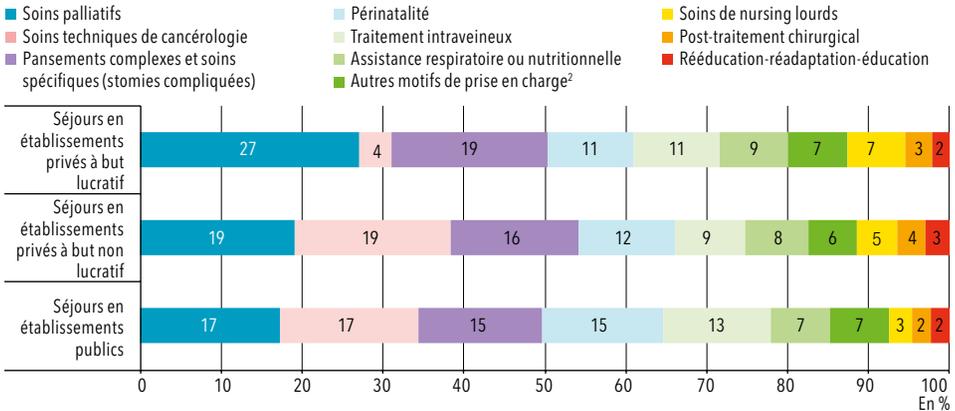
Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > INSEE : estimation de population au 1^{er} janvier 2015 ; DREES : SAE 2015, traitements DREES.

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

Graphique Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et les modes de prise en charge principaux¹ en 2015



1. Les modes de prises en charge principaux représentés ici sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existants dans le recueil.

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

Note > Les 6 premiers modes de prise en charge principaux représentent 83 % des séjours d'HAD en 2015. En 2015, les soins palliatifs sont le mode de prise en charge le plus fréquent en HAD : plus de 34 mille séjours sur les 174 mille enregistrés dans le PMSI. 28 % des séjours de soins palliatifs sont réalisés dans des établissements publics, 57 % dans des établissements privés à but non lucratif et 15 % dans des établissements privés lucratifs.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-HAD 2015, traitements DREES.

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD en 2015. L'activité concerne les champs de MCO et de SSR, hors psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre de structures est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Le total des places est celui déclaré dans la SAE, l'activité est celle enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2015 et ceux non terminés fin 2015. Les journées sont celles de l'année 2015 (sont exclues les journées antérieures à 2015 pour les séjours ayant déjà commencé).

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 établissements 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 dit 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.

Définitions

- **Structure d'HAD** : il peut s'agir d'un établissement spécialisé sur ce seul type d'hospitalisation ou d'un service d'une entité juridique ou d'un établissement pluridisciplinaire. Pour mieux organiser l'accès en HAD et couvrir les zones à desservir, certains départements fonctionnent avec des antennes HAD ou en groupement de coopération sanitaire.
- **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

- Analyse de l'activité hospitalière 2015, 2016, ATIH, octobre.
- Chiffres clés : l'hospitalisation à domicile en 2015, 2016, rapport de la Fédération nationale des établissements à domicile, novembre.
- Les dépenses de santé en 2015 : résultats des comptes de la santé, 2016, « Panoramas DREES santé », DREES, septembre.

Source

Le 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 SAE de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

En 2015, la moitié des patients admis en hospitalisation à domicile (HAD) ont 65 ans ou plus. Les femmes sont prises en charge plus jeunes, 22 % de leurs séjours concernant la périnatalité. Les soins palliatifs, de cancérologie, les pansements complexes et la périnatalité sont les principaux motifs d'admission (deux tiers des séjours). Les séjours pour pansements complexes sont les plus longs (39 jours contre 19 en moyenne, tous motifs confondus) et les soins palliatifs concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours de cancérologie durent en moyenne 6 jours et 94 % des patients sont autonomes ou faiblement dépendants. Les deux tiers des patients d'HAD proviennent d'un établissement de santé et un tiers est hospitalisé ou réhospitalisé à la suite de l'HAD.

Depuis sa mise en place en 1957, l'hospitalisation à domicile (HAD) concerne « les 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 (65 % des séjours, graphique de la fiche 20, « Les structures 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 et nutritionnelle, et les soins de nursing lourds donnent lieu à des séjours bien plus longs, et qui concernent des patients plus dépendants. Ainsi, si l'on considère les séjours terminés et monoséquences¹, les séjours pour soins de nursing lourds durent en moyenne 51 jours, contre 19 jours pour la moyenne des séjours en HAD. Ils sont 6 fois plus longs qu'un séjour de périnatalité (9 jours) et 9 fois plus longs qu'un séjour pour soins en cancérologie (6 jours). En périnatalité, les séjours concernent des post-partum

pathologiques (57 %), la surveillance des grossesses à risque (26 %) ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (14 %). Les retours précoces à domicile après accouchement ne sont plus admis comme motif de prise en charge en HAD depuis mars 2015, si bien qu'ils ne correspondent plus qu'à 3 % des séjours en 2015, contre 15 % en 2014. Les soins de chimiothérapie anticancéreuse constituent, eux, le gros des séjours de cancérologie (65 %), le reste concernant 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 plus ou moins longue durée des séjours. En périnatalité ou en cancérologie, les patients sont plus jeunes, autonomes ou faiblement dépendants, alors que les patients en soins de nursing lourds sont, par définition, des malades ayant perdu toute autonomie (tableau). Les patients en HAD pour assistance respiratoire ou nutritionnelle et pour soins palliatifs sont également parmi les patients les plus dépendants (respectivement 75 % et 65 % moyennement à fortement dépendants).

La moitié des séjours d'HAD concerne les personnes âgées

En 2015, 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

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

de répondre spécifiquement à leurs besoins, les personnes âgées constituent une population cible de plus en plus importante. En 2015, les patients âgés de 65 ans ou plus totalisent 50 % des séjours (dont 22 % pour les 80 ans ou plus). Les enfants et adolescents (15 ans au plus) concentrent, eux, 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons.

Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (85 % des séjours). Dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent un séjour sur quatre. Pour les femmes, la périnatalité reste le premier motif de prise en charge (22 % des séjours contre 30 % en 2014), pour les 25-30 ans principalement (*supra*).

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

Modes de prise en charge principaux regroupés ¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours monoséquences terminés en 2015 ²	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 palliatifs	34	1 055	24	1	24	39	36
Soins techniques de cancérologie	29	266	6	53	42	5	1
Pansements complexes et soins spécifiques	28	1 216	39	16	44	25	15
Périnatalité	22	222	9	54	40	0	6
Traitements intraveineux	18	336	12	25	47	18	10
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14	580	33	2	33	33	33
Autres motifs de prise en charge	11	216	11	19	47	18	16
Soins de nursing lourds	8	451	51	0	8	47	46
Post-traitement chirurgical	5	155	16	19	59	18	5
Rééducation, réadaptation, éducation	5	133	23	8	43	35	15
Ensemble	174	4 629	19	23	38	22	18

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 existants dans le recueil.

2. On comptabilise environ 162 000 séjours terminés en 2015, soit 93 % des séjours d'HAD et 122 000 séjours monoséquences terminés (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 70 % des séjours en 2015.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATH, PMSI-HAD 2015, traitements DREES.

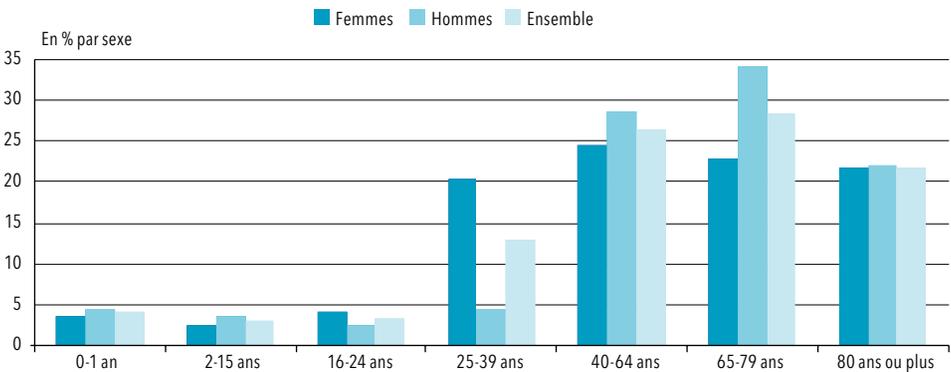
Une hospitalisation en établissement serait raccourcie ou évitée pour près de deux patients sur trois

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 2015, d'après les données du PMSI-HAD, un tiers des patients en établissement proviennent de leur domicile (graphique 2). L'HAD permettrait d'éviter une hospitalisation en établissement de santé pour

un patient sur cinq, puisque 22 % des patients en HAD demeurent chez eux en fin de séjour. L'HAD retarderait l'hospitalisation complète pour 6 % des patients, ceux qui ont été dès le début hospitalisés à domicile avant d'être transférés en établissement traditionnel. Enfin, près de sept patients sur dix sont admis en HAD à la suite d'une prise en charge en établissement de santé. La moitié d'entre eux écourterait une hospitalisation complète en parvenant à rester à domicile après l'HAD (33 % de l'ensemble des patients en HAD), tandis que pour d'autres, une hospitalisation ou une réhospitalisation reste nécessaire à la suite de leur séjour en HAD (28 % de l'ensemble). ■

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2015



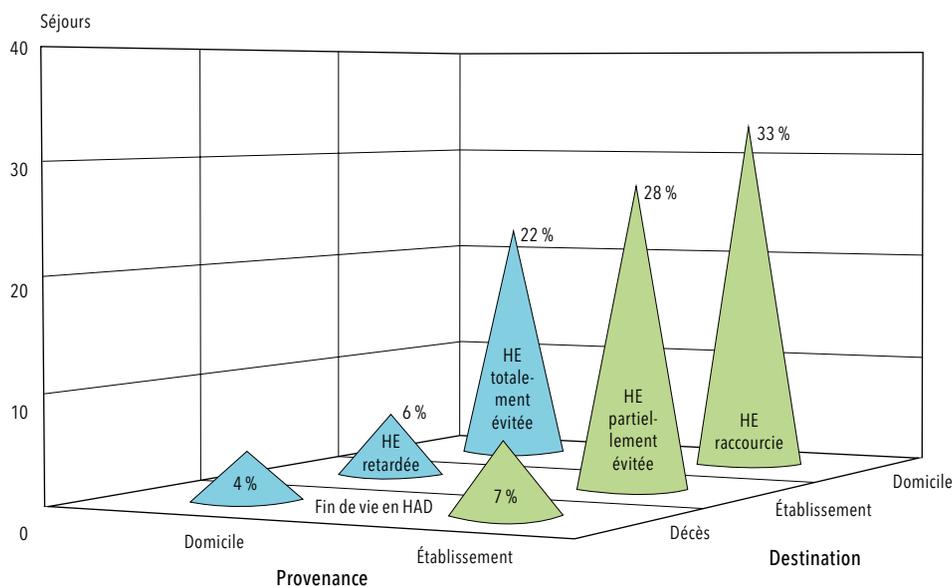
Note > Les âges sont ceux observés à l'admission.

Lecture > En 2015, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 4 % des admissions en HAD chez les hommes et 20 % chez les femmes.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-HAD 2015, traitements DREES.

Graphique 2 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2015



HE : Hospitalisation en établissement.

Lecture > L'hospitalisation en établissement a été totalement évitée pour 22 % des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2015 (ils sont restés à leur domicile). Pour 33 % des patients, l'hospitalisation a été raccourcie (ils provenaient d'un établissement avant l'HAD et sont restés à leur domicile ensuite). 7 % des séjours se sont terminés par un décès.

Champ > Les 157 600 séjours d'HAD terminés en 2015 en France, pour lesquels les informations de provenance et de destination sont disponibles dans le PMSI (97 % des séjours terminés).

Source > ATIH, PMSI-HAD 2015, traitements DREES.

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD en 2015. L'activité concerne les champs de MCO et de SSR, hors psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre de structures est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Le total des places est celui déclaré dans la SAE, l'activité est celle enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2015 et ceux non terminés fin 2015. Les journées sont celles de l'année 2015 (sont exclues les journées antérieures à 2015 pour les séjours ayant déjà commencé).

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 :

habillement, 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

- *Analyse de l'activité hospitalière 2015, 2016*, ATIH, octobre.
- *Chiffres clés : l'hospitalisation à domicile en 2015, 2016*, rapport de la Fédération nationale des établissements à domicile, novembre.
- « Les dépenses de santé en 2015 : résultats des comptes de la santé », 2016, *Études et statistiques*, DREES, septembre.

Sources

Le 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 SAE de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

En 2015, 1 847 établissements ont déclaré une activité de soins de suite et de réadaptation en France métropolitaine et dans les DROM. Ils disposent de 117 600 lits et places dédiés au moyen séjour, soit 24 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. 1,5 million de séjours et 38 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle ont été comptabilisés, soit 27 % de l'activité hospitalière totale de 2015. L'hospitalisation complète reste prédominante (90 % des capacités). L'hospitalisation partielle, minoritaire, 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.

39 % des capacités de SSR sont offertes par les établissements publics

L'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 847¹ 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 2015, ces établissements disposent de 117 600 lits et places répartis pour 39 % dans le public, 30 % dans le privé à but non lucratif et 32 % dans le privé à but lucratif. Ces 117 600 lits et places représentent 24 % des capacités hospitalières totales (court, moyen et long séjours confondus).

1,5 million de séjours, soit 38 millions de journées, ont été réalisés en SSR, soit 27 % de l'activité hospitalière totale. La part relative du privé à but non lucratif est un peu moins importante en journées qu'en nombre de lits et de places (28 % contre 30 %). Cela est lié au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de moyen séjour en SSR (90 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif (13 % des journées, contre 10 % dans le privé à but lucratif et seulement 6 % 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 sont en moyenne plus jeunes (voir la 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 (masseur-euse-s-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotricien-ne-s) et 0,2 ETP d'autres types de personnels (psychologues, diététicien-ne-s, personnel éducatif, assistant-e-s de service social, etc.) [tableau 1]. Les établissements publics allouent en moyenne deux fois plus d'aides-soignant-e-s (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.

1. En 2015, les maisons d'enfants à caractère sanitaire temporaires (MECS, une douzaine d'établissements recensés) sont intégrées au champ des établissements de SSR de cet ouvrage, ce qui explique une augmentation par rapport à l'édition 2016.

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 471 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus². Les régions métropolitaines qui se distinguent par les densités les plus élevées sont la région PACA, 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, la Guyane et La Réunion sont moins dotées que les départements métropolitains. Mayotte ne dispose d'aucun établissement de SSR en 2015.

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. Leurs résidents sont plus souvent pris en charge dans d'autres régions, tandis qu'elles accueillent, relativement, moins de patients non-résidents. C'est notamment le cas des Pays de la Loire. À l'opposé, la région PACA a un solde positif, ses capacités d'accueil étant plus élevées que la moyenne nationale. Toutefois, l'analyse des capacités d'accueil en SSR par grande région peut être trompeuse. Dans certaines régions, comme la région PACA, l'offre de SSR est plutôt homogène, dans d'autres, de fortes disparités départementales existent (carte). Ainsi, la région Occitanie occupe la troisième place des régions les plus 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 547 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant au dernier quintile), alors que 5 autres ont des densités inférieures à 420 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 2015

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	914	468	465	1 847
Nombre de lits et places, dont :	45 300	35 108	37 169	117 577
hospitalisation partielle (part en %)	3 244 (7 %)	4 829 (14 %)	3 911 (11 %)	11 984 (10 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	590	441	420	1 451
hospitalisation partielle (part en %)	149 (25 %)	140 (32 %)	75 (18 %)	364 (25 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	14 809	10 607	12 777	38 192
hospitalisation partielle (part en %)	928 (6 %)	1 427 (13 %)	1 335 (10 %)	3 690 (10 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés¹ en 2015 (en journées)	35,3	34,3	36,2	35,3
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 rééducation² (ETP par lit)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnel³ (ETP par lit)	0,2	0,2	0,1	0,2

1. On comptabilise environ 1 001 700 séjours d'hospitalisation complète terminés en 2015, soit 69 % des séjours de SSR.

2. Le personnel désigné comme personnel de rééducation ou rééducateur-ric-e-s comprend les masseur-euse-s-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes et les psychomotricien-ne-s.

3. Les autres types de personnel sont les psychologues, les diététicien-ne-s, les personnels éducatifs, les assistants de service social, etc.

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

Sources > ATIH : PMSI-SSR 2015 pour l'activité, traitements DREES ; SAE 2015 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

2. Les séjours des patients de 50 ans ou plus représentent 85 % des séjours de SSR.

Tableau 2 Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SSR en 2015 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	527	-1,5	1,03
Centre - Val de Loire	435	-2,7	0,84
Bourgogne - Franche-Comté	426	-4,5	0,95
Normandie	450	-0,8	0,99
Hauts-de-France	464	2,6	1,05
Grand Est	420	-0,7	1,09
Pays de la Loire	411	-1,8	0,87
Bretagne	424	1,0	1,05
Nouvelle-Aquitaine	413	1,8	0,92
Occitanie	500	3,7	0,98
Auvergne - Rhône-Alpes	469	-0,2	1,00
PACA	607	3,0	1,07
Corse	478	-15,9	0,92
Guadeloupe	552	-8,1	1,35
Martinique	372	-3,7	1,17
Guyane	426	-82,8	0,23
La Réunion	427	0,0	1,23
Mayotte	0	0,0	0,00
France entière	471	-	1,00

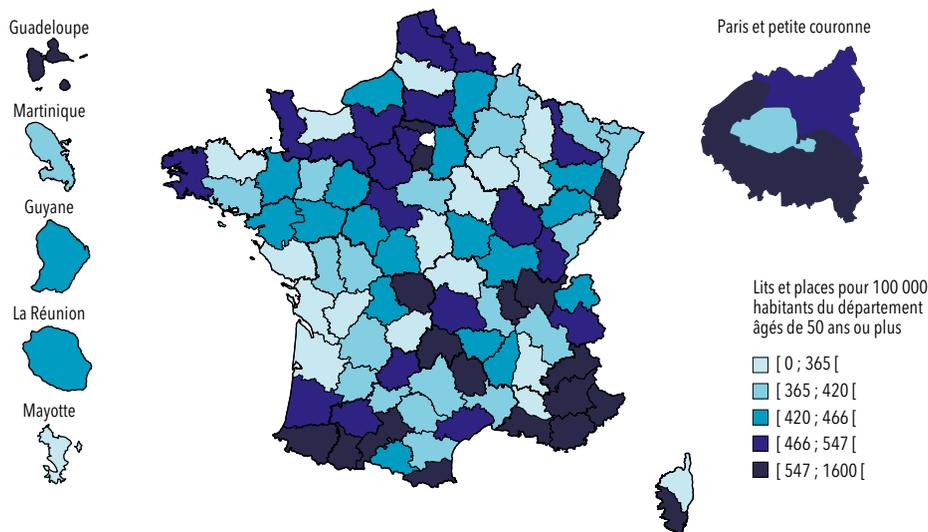
1. Densité de lits et de places pour 100 000 personnes de 50 ans ou plus.

2. Le solde est 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 Mayotte), y compris le SSA, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire temporaires, tous types d'hospitalisation.

Sources > ATIH : PMSI-SSR 2015, traitements DREES ; DREES, SAE 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

Carte Densité de capacités en lits et en places de SSR en 2015

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles.

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

Sources > INSEE : estimation de population 2015 ; DREES : SAE 2015, traitements DREES.

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris 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 2015. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardiovasculaire, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polyopathologies, enfants, etc.). Le total des places est déclaré dans la SAE pour réaliser l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2015 et ceux non terminés fin 2015. Les journées sont celles de l'année 2015 (sont exclues les journées antérieures à 2015 pour les séjours ayant déjà commencé).

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.

Pour en savoir plus

- Voir la fiche 23, « La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation ».

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la DGOS et l'ATI, 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 que 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.).

En 2015, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont réalisé 1,5 million de séjours, soit 38 millions de journées d'hospitalisation, pour 1 million de patients. Les patients en SSR sont âgés (la moitié sont âgés de 71 ans ou plus) et sont un peu plus souvent des femmes. Les soins s'effectuent fréquemment à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardiovasculaires, de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (pose de prothèses).

Une patientèle plutôt âgée et féminine

En 2015, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) atteint 1,5 million de séjours et 38 millions de journées¹ (tableau 1). L'hospitalisation complète reste la principale modalité de soin, mais la part de l'hospitalisation à temps partiel augmente légèrement chaque année pour atteindre 25 % des séjours en 2015 (contre 19 % en 2010). Les femmes restent les patients majoritaires des séjours en SSR (55 %), notamment en hospitalisation complète (58 %), les séjours en SSR à temps partiel étant plus souvent effectués par des hommes (54 %). L'âge moyen est stable (66 ans) ainsi que l'âge médian (71 ans). L'âge moyen des femmes reste plus élevé que celui des hommes (69 ans contre 61), notamment en hospitalisation complète (74 ans contre 66). En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours est de 35 jours (tableau 1 de la 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 (70 ans en moyenne, contre 68 ans pour le privé à but lucratif et 56 ans pour 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 sont moins dépendants, au sens de la grille des activités de la vie quotidienne

(AVQ, voir Définitions, dans l'encadré). Ainsi, pour 87 % des séjours d'hospitalisation partielle, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants à leur admission (contre 54 % des séjours d'hospitalisation complète).

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

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

Les séjours sont majoritairement motivés par des maladies du système ostéo-articulaire (19 %, dont les suites 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), les affections de l'appareil cardiovasculaire (12 %, dont l'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques), les affections du système nerveux (12 %, dont les syndromes paralytiques). Les troubles de la marche, les démences, les troubles mentaux liés à l'alcool ou aux 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

1. Depuis 2015, les maisons d'enfants à caractère sanitaire temporaires (MECS, une douzaine d'établissements recensés) sont intégrées au champ des établissements de SSR de cet ouvrage.

sont plutôt motivés par la prise en charge de l'obésité, de paralysies d'origine cérébrale et de scolioses. Entre 18 et 34 ans, les séjours sont fréquemment provoqués par des lésions traumatiques (genou), les dorsalgies et les paralysies d'origine traumatique, mais aussi vasculaire et cérébrale. De 35 à 69 ans, ce sont les soins dans les suites de pose de prothèses pour arthropathies (hanche ou genou) qui prédominent, ainsi que les suites d'hémiplégie après accidents vasculaires cérébraux ou cardiopathies ischémiques.

Les établissements privés, à but lucratif ou non, et les établissements publics prennent en charge des séjours ayant des motifs différents (graphique 2). Les séjours pour suites de lésions traumatiques ou de symptômes divers 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 ostéo-articulaire, alors que dans le secteur public, les séjours concernent plus fréquemment les soins des troubles mentaux et du comportement. ■

Tableau 1 Nombre de séjours et âge moyen à l'admission par sexe et type de séjour en 2015

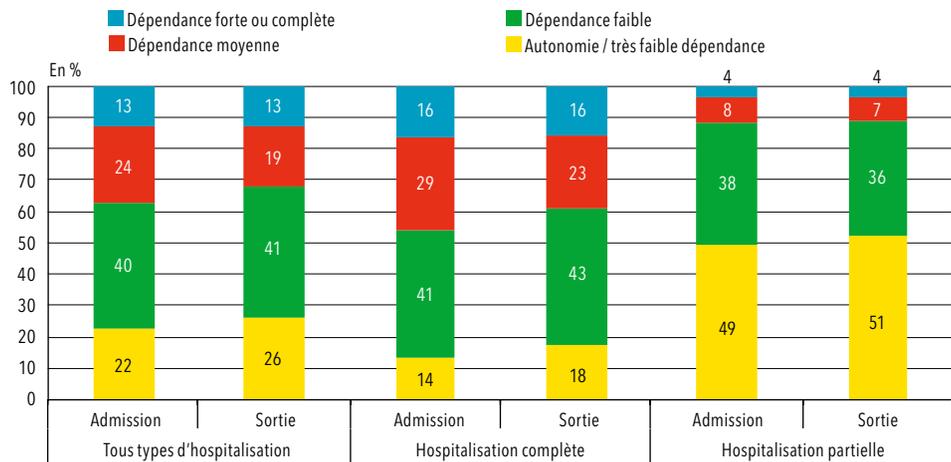
	Ensemble des séjours				Séjours d'HC			Séjours d'HP		
	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen à l'admission	Âge médian à l'admission	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen à l'admission	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen à l'admission
Hommes	658	45	61	65	461	42	66	197	54	50
Femmes	793	55	69	76	626	58	74	167	46	52
Ensemble	1 451	100	66	71	1 087	100	70	364	100	51

HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.

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

Source > ATIH, PMSI-SSR 2015, traitements DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours selon le degré de dépendance globale des patients à l'admission, à la sortie et d'après le type d'hospitalisation, en 2015



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

Source > ATIH, PMSI-SSR 2015, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2015, 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 ou plus	
Affection de l'appareil cardiovasculaire, dont :	173	12	0	2	15	12	12	66
cardiopathies ischémiques	67	5	0	1	9	4	1	42
insuffisance cardiaque	36	2	0	0	1	2	6	85
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	19	1	0	0	1	2	1	79
Affections de l'appareil respiratoire	60	4	4	1	4	5	5	87
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	115	8	21	10	10	5	5	73
diabète	17	1	3	0	2	1	0	82
obésité et autres excès d'apport	60	4	17	9	7	1	0	55
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	209	14	8	21	9	15	23	85
lésions traumatiques	180	12	4	19	8	13	21	86
Maladies du système nerveux, dont :	178	12	22	20	15	10	6	63
maladies cérébrovasculaires ¹	18	1	0	0	1	2	2	89
paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	121	8	15	16	12	6	3	58
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	273	19	16	23	22	21	9	70
arthropathies	155	11	5	10	11	15	5	80
Symptômes, signes et résultats anormaux d'exams cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	168	12	9	7	7	13	20	79
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	92	6	4	3	3	7	12	79
Troubles mentaux, dont :	122	8	9	10	8	7	10	76
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	40	3	0	0	0	4	6	76
troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives	34	2	0	7	5	0	0	90
Tumeurs malignes, dont :	70	5	1	1	5	7	4	97
organes digestifs	19	1	0	0	1	2	2	100
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	96
Autres pathologies²	77	5	9	4	4	5	7	76
Non précisé	6	0	0	1	1	0	0	18
Total	1451	100	100	100	100	100	100	75

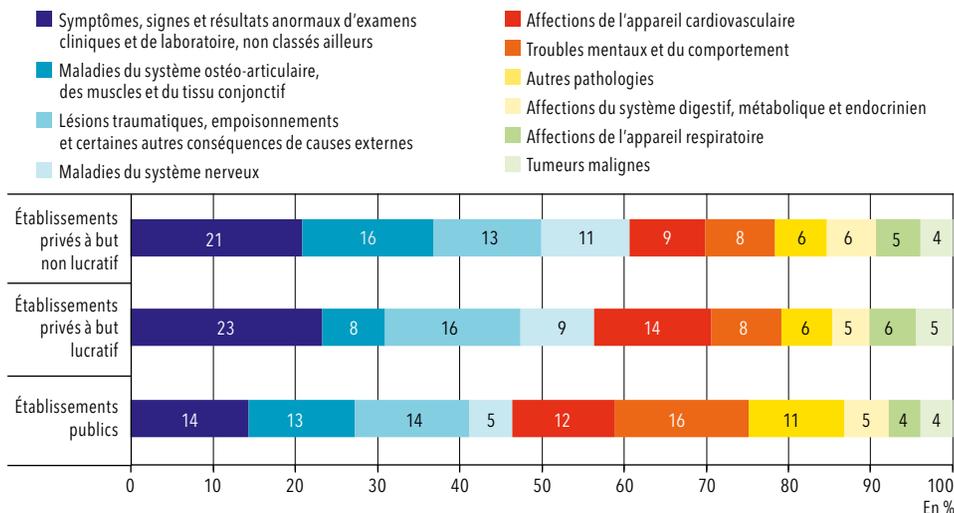
1. Y compris accidents ischémiques transitoires, syndromes vasculaires au cours de maladies cérébrovasculaires.

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 Mayotte), y compris le SSA, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2015, traitements DREES.

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 Mayotte), y compris le SSA, y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2015, traitements DREES.

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris 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 2015. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardiovasculaires, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à poly-pathologies, enfants, etc.). Le total des places est déclaré dans la SAE pour réaliser l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2015 et ceux non terminés fin 2015. Les journées sont celles de l'année 2015 (sont exclues les journées antérieures à 2015 pour les séjours ayant déjà commencé).

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 (FPCC, ce qui a été fait au patient durant la semaine), de la manifestation morbide principale (MMP, le problème de santé sur lequel s'exerce le soin) 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 :

habillement, 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

- Coquelet F., 2015, « Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours », *Études et Résultats*, DREES, n° 943, décembre.
- Coquelet F., Valdelièvre H., 2011, « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins », *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 23, décembre.
- Analyse de l'activité hospitalière 2015, 2016, ATIH, octobre. Disponible sur le site de l'ATIH : www.atih.sante.fr, rubrique « Rappports et études ».

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 que 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.).

En 2015, 12,4 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour près des trois quarts d'entre eux, l'hospitalisation a été un épisode unique au cours de l'année. Cet épisode unique peut correspondre à un seul séjour ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour puis en moyen séjour pour de la rééducation. Les patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année ont des pathologies particulières, notamment des affections du sang ou des tumeurs.

12,4 millions de patients hospitalisés en France en 2015

En 2015, 12 404 000 patients ont été hospitalisés en France dans l'un des 2 860¹ établissements de santé, publics comme privés, de France métropolitaine et des DOM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). 793 000 y sont nés, 348 000 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.

Un épisode unique d'hospitalisation au cours de l'année pour les trois quarts des patients

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, mais celui-ci a comporté plusieurs séjours consécutifs. Cet épisode de soins correspond à une prise en charge successive et ininterrompue dans plusieurs établissements ou à différentes modalités de 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 du quart des patients (3 563 000), 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 39 % des patients, ils s'établissent entre deux et sept jours, pour 30 % entre huit et trente jours, pour 18 % 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 ou de la psychiatrie. Pour la moitié des patients ayant connu un épisode de soins hospitaliers unique avec plusieurs séjours (soit 225 000 patients), l'épisode a débuté par un séjour en MCO et a été suivi immédiatement par une prise en charge en SSR. Pour 29 %, le profil correspond à deux séjours en MCO dans deux établissements différents. Enfin, pour les parcours de patients constitués de plusieurs hospitalisations non contiguës au cours de l'année, les réadmissions se font principalement en MCO. Ce type de parcours exclusivement dans un 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 ont en moyenne 48 ans (médiane à 51 ans). Leur répartition par groupes d'âge est la suivante : 17 % ont moins de 18 ans, 26 % entre

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 transmises. Pour cette raison, ce nombre est inférieur au nombre total d'établissements indiqué dans la fiche 1, « Les grandes catégories d'établissements de santé » (3 089).

18 et 44 ans, 39 % entre 45 et 74 ans et 18 % sont âgés de 75 ans ou plus. La proportion de femmes est de 55,3 %. Elle est plus élevée pour la maternité bien sûr, mais aussi pour des pathologies liées à la longévité, comme la cataracte ou les fractures du col du fémur.

La prise en charge est faite exclusivement en MCO pour 88,6 % des patients, exclusivement en SSR

pour 1,1 %, exclusivement en HAD pour 0,1 % et exclusivement en psychiatrie pour 1,9 %. Un million de patients (8,3 %) ont eu une prise en charge en hospitalisation dans différents champs sanitaires en 2015. Les patients ayant connu plusieurs hospitalisations ou un épisode de soins hospitaliers sont en moyenne plus âgés (58 ans contre 43 ans pour ceux qui ont eu une hospitalisation unique).

Tableau 1 Caractéristiques des patients en fonction des parcours de soins hospitaliers au cours de l'année 2015

	Ensemble des patients	Patients (en %)	Séjour hospitalier unique	Patients (en %)	Épisode de soins hospitaliers unique	Patients (en %)	Plusieurs hospitalisations au cours de l'année	Patients (en %)
Nombre de patients	12 403 687	100,0	8 337 197	100,0	503 630	100,0	3 562 860	100,0
Âge moyen, écart-type	47,6 ± 26,6		42,8 ± 26,4		65,0 ± 24,7		56,4 ± 23,9	
Hommes/Femmes (en %)	44,7 / 55,3		44,3 / 55,7		40,1 / 59,9		46,5 / 53,5	
Nombre de naissances	793 125	6,4	685 739	8,2	12 399	2,5	94 987	2,6
Nombre de décès	347 572	2,8	117 070	1,4	47 644	9,5	182 858	5,1
Nombre de séjours dans l'année 2015, médiane, p75, p90 ¹	1 / 2 / 3		1 / 1 / 1		2 / 2 / 3		3 / 4 / 9	
Une seule admission en MCO	8 508 881	68,6	8 060 902	96,7	283 294	56,3	164 685	4,6
Admission exclusivement en MCO ²	10 989 509	88,6	8 060 902	96,7	148 335	29,5	2 780 272	78,0
Plusieurs admissions en MCO	3 498 349	28,2	-	-	209 509	41,6	3 288 840	92,3
Une seule admission en SSR	718 649	5,8	107 945	1,3	260 223	51,7	350 481	9,8
Admission exclusivement en SSR	141 343	1,1	107 945	1,3	1 324	0,3	32 074	0,9
Plusieurs admissions en SSR	209 513	1,7	-	-	29 434	5,8	180 079	5,1
Une seule admission en HAD	80 316	0,6	8 777	0,1	25 422	5,0	46 117	1,3
Admission exclusivement en HAD	9 623	0,1	8 777	0,1	118	0,0	728	0,0
Plusieurs admissions en HAD	25 142	0,2	-	-	4 119	0,8	21 023	0,6
Une seule admission en psychiatrie	265 149	2,1	159 844	1,9	28 263	5,6	77 042	2,2
Admission exclusivement en psychiatrie	240 502	1,9	159 844	1,9	8 123	1,6	72 535	2,0
Plusieurs admissions en psychiatrie	155 714	1,3	-	-	12 909	2,6	142 805	4,0

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.
1. p75 et p90 signifient 75^e et 90^e percentiles. Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations dans l'année, 75 % ont eu quatre séjours ou moins et 90 % ont eu neuf séjours ou moins dans l'année.

2. Admission exclusivement en MCO : correspond aux patients qui ont connu une ou plusieurs hospitalisations en MCO, mais pas dans un autre champ. Un décompte analogue est fait 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, et 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 en SSR. En conséquence, la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients. Il en est de même pour les patients ayant eu plusieurs hospitalisations au cours de l'année.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2015, traitements DREES.

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	1 380 758	412 884	43,6	52,0	75 654	8,0	71,2	457 993	48,4	58,2
Affections de l'œil	1 010 855	334 222	46,2	65,9	2 986	0,4	65,2	386 642	53,4	71,8
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	913 222	669 057	78,0	24,9	7 461	0,9	44,1	181 531	21,2	42,0
Affections de l'appareil respiratoire	990 655	266 058	37,8	51,9	48 412	6,9	71,1	389 647	55,3	61,1
Affections de l'appareil circulatoire	1 863 726	513 604	40,3	63,2	71 284	5,6	74,1	689 711	54,1	68,5
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	3 234 194	1 652 911	63,5	52,2	46 694	1,8	64,7	903 533	34,7	58,9
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	2 435 748	1 003 531	55,8	49,8	178 454	9,9	73,4	615 336	34,2	59,3
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	799 640	400 697	57,6	45,3	19 464	2,8	68,9	275 098	39,6	58,6
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	571 092	203 743	44,1	47,8	17 989	3,9	65,6	240 222	52,0	50,5
Affections génito-urinaires	1 559 410	670 444	55,9	43,8	26 169	2,2	66,4	502 155	41,9	57,9
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 244 140	790 123	76,8	29,8	24 022	2,3	30,3	214 074	20,8	29,8
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	830 626	696 921	87,4	0,0	12 056	1,5	0,0	88 509	11,1	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	540 936	61 144	21,1	55,1	9 060	3,1	70,8	220 103	75,8	59,3
Maladies infectieuses et parasitaires	150 670	42 758	33,9	35,7	7 914	6,3	62,2	75 367	59,8	51,6
Maladies et troubles mentaux	1 131 478	226 361	37,3	46,1	60 396	9,9	53,7	320 468	52,8	47,3
Traumatismes, allergies et empoisonnements	429 205	127 860	42,3	38,4	26 481	8,8	47,5	147 913	48,9	47,1
Autres affections ou prises en charge	1 046 910	236 567	30,8	50,0	56 206	7,3	72,7	476 213	61,9	58,7
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	945 649	17 928	3,4	54,2	5 587	1,1	64,2	507 543	95,6	63,6
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	66 826	10 655	29,6	37,8	4 633	12,9	52,6	20 749	57,6	44,7

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 plusieurs hospitalisations, le groupe médical de prise en charge peut être différent d'une hospitalisation à la suivante. En conséquence, la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2015, traitements DREES.

Des parcours de soins selon les groupes de prise en charge

En 2015, 29,7 millions de séjours et épisodes d'hospitalisation ont été réalisés. Ils ont été répartis dans dix-huit groupes médicaux de prises en charge (tableau 2). Excepté les traitements itératifs, les affections du sang ou les tumeurs de siège diffus (tumeurs avec métastases) sont le groupe de pathologies ayant la plus forte proportion de patients avec plusieurs hospitalisations dans l'année (les trois quarts).

À l'opposé, le groupe des nouveau-nés, prématurés et affections de la période prénatale est majoritairement associé à la modalité « hospitalisation unique » (87,4 %). 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. ■

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Activité d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé, publics comme 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.

Méthodologie

Les établissements transmettent une description anonyme détaillée par séjour de leur activité. Chaque séjour est accompagné d'un numéro alphanumérique non significatif, 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 sur 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*, 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 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 2015 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, rubrique « Accès aux données / Bases de données / Documentation technique / Aide à l'utilisation des informations de chaînage ».

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 »).

**Quelques aspects
spécifiques de l'activité
hospitalière**

Les résultats 2015 du thème « Infections associées aux soins » des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont rendus publics pour 2 771 établissements de santé de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées. Plus de huit établissements sur dix ont atteint les plus hauts niveaux de performance pour les trois indicateurs qui décrivent ce thème.

L'organisation de la lutte contre les infections associées aux 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, 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 sont élaborés 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 IAS¹ sont présentés pour l'année 2015 : l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB.2), l'indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (ICA-BMR), l'indicateur de consommation de solutions hydroalcooliques (ICSHA.2). 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 2 771 établissements de santé concernés par le recueil des bilans d'activité de lutte contre les infections nosocomiales en 2015, seuls 13 établissements de santé n'ont pas répondu. Les plus hauts niveaux de performance mesurable – classes A et B (tableau) – ont été atteints par 93 % des établissements de santé pour la maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes (ICA-BMR), par 85 % des établissements de santé en matière de consommation de solutions hydroalcooliques (ICSHA.2) et par 82 % des établissements de santé concernant le bon usage des antibiotiques.

Le recueil de l'indicateur ICALIN.2 était facultatif pour l'année 2015. C'est pourquoi il n'est pas possible de donner de résultats au niveau national pour cette année. Les résultats présentés dans le graphique concernent les années 2011 à 2014. En 2014, le plus haut niveau de performance en matière de prévention des infections nosocomiales (classes A et B de l'ICALIN.2) était atteint par neuf établissements sur dix (graphique). ■

1. L'indicateur de bactériémies nosocomiales à staphylococcus aureus résistant à la méticilline (BN-SARM) est également diffusé mais il n'est pas présenté ici.

Tableau Répartition des établissements de santé par classe de performance en 2015

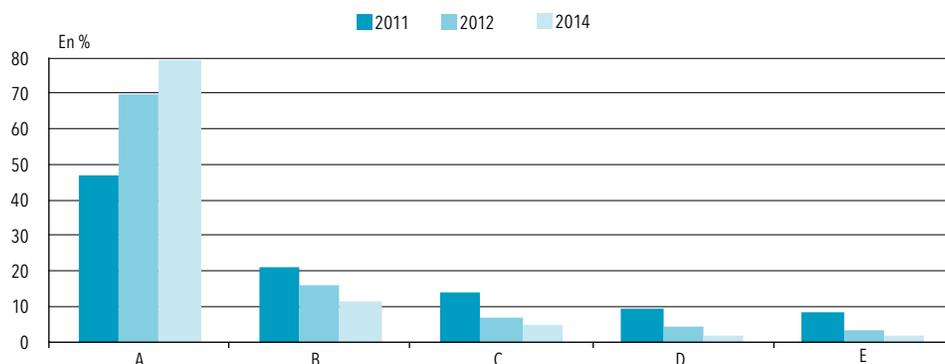
Catégories d'établissements	ICATB.2 2015	ICA-BMR 2015	ICSHA.2 2015
	Pourcentage A + B ¹	Pourcentage A + B ¹	Pourcentage A + B ¹
CHR/CHU	80,6	91,7	100
CH publics ou ex-PSPH sous DG ≤ à 300 lits et places	77,1	92,5	89,7
CH publics ou ex-PSPH sous DG > à 300 lits et places	86,4	95,3	98,1
Établissements de santé mentale	nc	nc	82
Ex-hôpitaux locaux	76,9	86,4	77,9
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN ≤ à 100 lits et places	86,3	95,6	88,8
Cliniques MCO privées ou ex-PSPH sous OQN > à 100 lits et places	91,3	95,8	94,9
CLCC	94,7	100	100
HAD	nc	91,7	88,2
Hémodialyse	nc	93,5	87,7
SSR	79,5	92,4	74,6
SLD	64,6	91,7	77,1
Ensemble	81,8	92,8	84,9

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; PSPH : participant au service public hospitalier ; DG : dotation globale ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, 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, E la moins performante.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > HAS, ATIH et DGOS - Indicateurs de qualité et de sécurité des soins, thème « Infections associées aux soins ».

Graphique Évolution d'ICALIN.2 entre 2011 et 2014

ICALIN.2 : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2.

Note > L'échelle va de A à E, A étant la classe la plus performante, E la moins performante. Le recueil d'ICALIN.2 est optionnel pour les années 2013 et 2015.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > Tableau de bord des infections nosocomiales 2014 - Rapport national 2014 établi par la DGOS.

Champ

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

Définitions

- **ICATB.2** : cet indicateur mesure l'organisation, les moyens et les actions mis en œuvre par l'établissement pour prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques et maîtriser la consommation des antibiotiques. Il a été développé en lien avec les priorités du plan d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016.

- **ICA-BMR** : cet indicateur mesure l'organisation, les moyens et les actions mis en œuvre par l'établissement pour maîtriser la diffusion des bactéries multirésistantes.

- **ICSHA.2** : la friction hydroalcoolique est le premier geste de prévention de la transmission croisée des micro-organismes. Cet indicateur est calculé sur la base d'un objectif personnalisé de consommation de l'établissement. L'objectif personnalisé est fixé au vu de l'activité par type de soin de l'établissement, comme le volume minimal de produits hydroalcooliques à consommer.

- **ICALIN.2** : 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 centre sur les actions du programme

national de prévention des IN 2009-2013, notamment les infections graves et évitables. Le recueil de cet indicateur était facultatif pour l'année 2015.

Pour en savoir plus

- Haute Autorité de santé, « Résultats de la campagne 2016 – Données 2015 », *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins – Infections associées aux soins*, disponible sur le site de l'HAS : www.has-sante.fr, rubrique « Accréditation et certification/ Indicateurs de qualité et de sécurité », rapport 2016.

- Haute Autorité de santé, 2016, « Résultats de la campagne 2016 – Données 2015 », *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins – Infections associées aux soins*, disponible sur le site de l'HAS : www.has-sante.fr, rubrique « Accréditation et certification/ Indicateurs de qualité et de sécurité », synthèse 2016.

- Scope Santé, site de diffusion publique des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé : www.scopesante.fr.

Sources

Pour l'indicateur ICALIN.2, rapport national 2015 du tableau de bord des infections nosocomiales établi par la Direction générale de l'offre de soins.

Pour les autres indicateurs HAS, ATIH et DGOS, thème « Infections associées aux soins » des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

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 différents 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.

... qui s'est traduit par un mouvement régulier de concentration et de spécialisation

Dans le secteur privé, la parution en 1972 du décret Dienesch a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Dans le secteur public, ce sont les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes, qui ont été touchées. Avec l'application des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, la diminution du nombre de maternités s'est poursuivie

entre 1996 et 2015 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 506 en 2015 en France métropolitaine, hors le 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 2015. Parallèlement, la durée moyenne de séjour a diminué. Elle est passée de huit jours en 1975 à moins de cinq jours en 2015.

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

En 2015, 528 maternités sont dénombrées en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA : 230 maternités dites de type 1, 230 de type 2 et 68 de type 3. Elles totalisent 16 600 lits d'obstétrique et ont réalisé environ 785 000² accouchements dont 778 000 sans décès d'enfant.

Les maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (type 2 ou 3), qui représentent 56 % des 528 maternités, sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (80 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 72 % des lits et 77 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les

1. Les données disponibles pour les années les plus anciennes sont hors DROM et hors SSA.

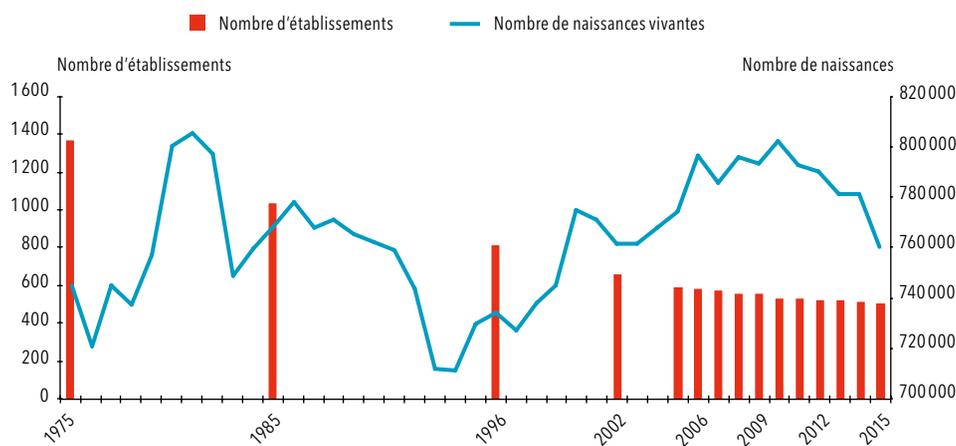
2. Non compris les accouchements hors établissements et transférés en service obstétrique (environ 4 000 en 2015).

maternités métropolitaines de type 2 ou 3 (hors SSA) s'élevait à 43 % (tableau). Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2015, contre la moitié en 2002.

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2015, une maternité de type 1 effectue en moyenne 795 accouchements par an, une maternité de type 2 en accomplit 1 700, et une maternité de type 3 en réalise 3 145 pour la France

métropolitaine, hors SSA. La restructuration des maternités conduit donc à des maternités plus spécialisées et plus grandes. En 2015, près de 40 % 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 2015



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 2015, traitements DREES.

Tableau Répartition des accouchements selon le type de la maternité d'accueil en 1996, 2005 et 2015

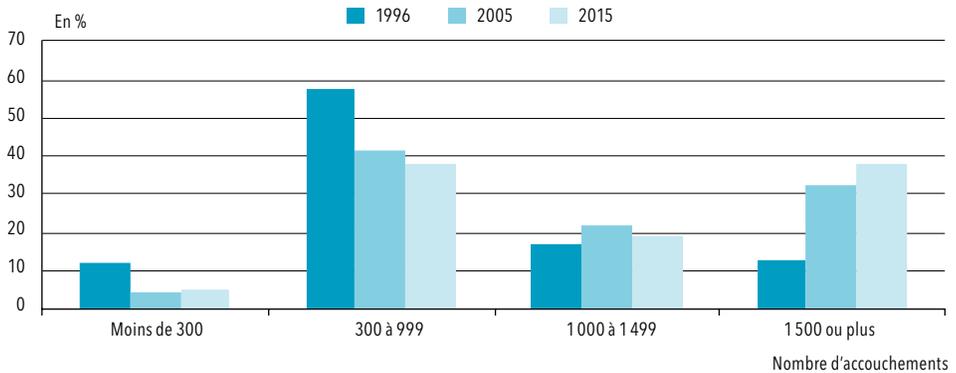
	Année	Niveaux de spécialisation			Total
		Type 1	Type 2	Type 3	
Nombre d'établissements	1996	564	250		814
	2005	321	210	62	593
	2015	223	222	61	506
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		725 337
	2005	268 643	339 309	156 578	764 530
	2015	177 372	377 348	191 827	746 547
Part d'accouchements	1996	57 %	43 %		100 %
	2005	35 %	44 %	20 %	100 %
	2015	24 %	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, 2005 et 2015, traitements DREES.

Graphique 2 Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2005 et 2015



Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996, 2005 et 2015, traitements DREES.

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors centres périnataux de proximité, sauf indications contraires.

Définitions

- **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique.
- **Type de maternité** : les décrets 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 néonatalogie 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 néonatalogie.
- **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 », *Les Établissements de santé. Un panorama pour l'année 2007*, « Études et Statistiques », DREES, août.
- Baillot A., Evain F., 2012, « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », *Études et Résultats*, DREES, n° 814, octobre.
- Baubeau D., Morais S., Ruffié A., 1999, « Les maternités de 1975 à 1996. Un processus de restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, DREES, n° 21, juillet.
- Buisson G., 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *Études et Résultats*, DREES, n° 225, mars.
- Ruffié A., Deville A., Baubeau D., « État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France », *Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction*, 1998, vol. 27, n° 2.
- Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 776, octobre.
- Vilain A., 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 775, octobre.

Sources

La statistique annuelle des établissements (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.

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge des naissances évoluent avec, notamment, 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 (56 % en 2015). Par ailleurs, elles reçoivent la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la SAE et du PMSI-MCO en 2015, 90 % 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 2015, 1 100 femmes ont été transférées dans une maternité de type 2 et 1 900 vers une maternité de type 3¹.

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. Il est passé de 17,4 % en 2000 à 20,2 % en 2007. Depuis, il s'est stabilisé et s'établit à 20,1 % en 2015 (graphique 2). À titre de comparaison, en 2013, la France était au 10^e rang de l'ensemble des pays de l'OCDE pour son taux global de césariennes.

Le taux de césarienne est quasiment équivalent d'un type de maternité à un autre. Il est très légèrement plus élevé pour les maternités de type 3 (20,9 %),

ce qui signifie qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de type élevé, qui regroupent davantage d'accouchements difficiles, pratiquent moins souvent les césariennes.

Parmi ces accouchements par césarienne, 67 % sont réalisés en urgence (avant ou au cours du travail) et 33 % ont été programmés. Pour les seuls établissements privés à but lucratif, la proportion de césariennes programmées atteint 42 % (contre respectivement 30 % et 35 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif).

Au total, 6,7 % de l'ensemble des accouchements pratiqués en 2015 sont des césariennes programmées. Si l'on se restreint aux seuls accouchements à terme², ce ratio s'établit à 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 (98 %), la proportion d'accouchements multiples a progressé lentement mais régulièrement entre 1997 et 2015. Alors qu'ils représentaient 1,4 % de l'ensemble des accouchements en 1997, leur part s'établit à 1,8 % en 2015. Cette augmentation est en lien avec le développement de la procréation médicalement assistée et l'augmentation de l'âge moyen à la maternité.

Des séjours plus courts

En 2015, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est inférieure à cinq jours, soit une baisse de près d'une journée par rapport à 2003 (tableau). Cette

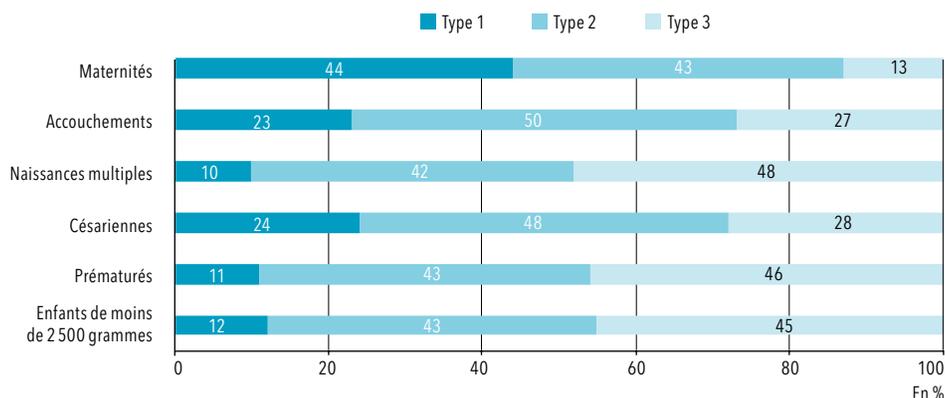
1. Il s'agit du nombre de femmes transférées pour accouchement dans le cadre d'une hospitalisation dans un autre établissement MCO. Depuis la refonte de la SAE en 2013, ce nombre est calculé à l'aide du PMSI-MCO. Avant la refonte de la SAE, les femmes transférées depuis une consultation externe étaient également comptabilisées.

2. Un accouchement est dit à terme lorsqu'il intervient à 37 semaines d'aménorrhées ou plus.

diminution concerne aussi bien le secteur public que le secteur privé et, sur l'ensemble des accouchements, il n'y a pas de différence marquante de durée moyenne de séjour selon le statut de l'établissement. En revanche, le mode d'accouchement influe grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne, tous secteurs confondus, est de

6,5 jours en 2015, contre seulement 4,3 jours pour un accouchement par voie basse. La durée moyenne d'un séjour pour accouchement par césarienne est également supérieure de près de 1 jour dans le secteur public (6,8 jours en 2015) par rapport au secteur privé (5,9 jours). Pour les deux modes d'accouchement, les durées moyennes de séjour baissent depuis 2003. ■

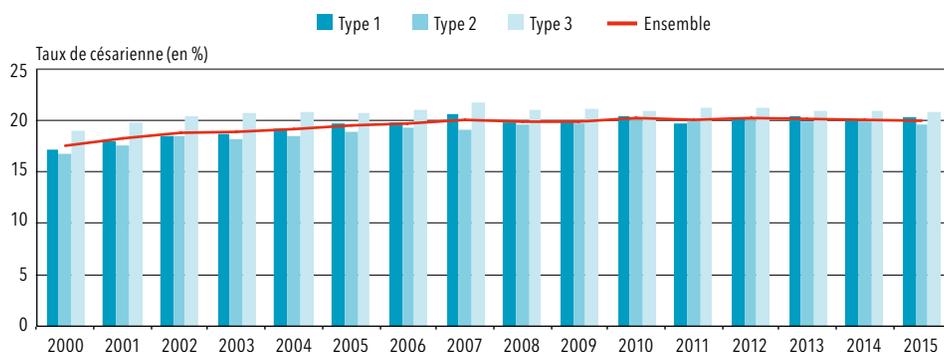
Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2015



Champ > Ensemble des naissances en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2015 ; ATI, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution des taux de césariennes par type de maternité



Champ > Ensemble des naissances en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2000-2015, traitements DREES.

Tableau 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	2015	2003	2015	2003	2015	2003	2015
Accouchements par voie basse	4,9	4,3	4,9	4,1	5,0	4,1	4,9	4,3
Accouchements par césarienne	8,3	6,8	7,8	5,8	7,6	5,9	8,0	6,5
Ensemble des accouchements	5,5	4,8	5,5	4,5	5,5	4,5	5,5	4,7

Champ > Accouchements en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003 et 2015, traitements DREES.

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), hors centres périnataux de proximité, mais y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

- **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique.
- **Types de maternité** : les décrets de 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 néonatalogie 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 néonatalogie 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 30 ans d'évolution », *Les Établissements de santé. Un panorama pour l'année 2007*, DREES, août.
- Baubeau D., Buisson G., 2003, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », *Études et Résultats*, DREES, n° 275, décembre.

- Coulm B., Blondel B., 2013, « Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, n° 1, février.
- Séjourné N., Callahan S., 2013, « Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans péridurale », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42, n° 2, avril.
- Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 776, octobre.
- Vilain A., 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 775, octobre.
- *L'État de santé de la population en France - Rapport 2017*, 2017, DREES, Santé publique France, mai.
- *Panorama de la santé 2015. Les indicateurs de l'OCDE*, 2015, OCDE, novembre.

Sources

La statistique annuelle des établissements (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.

En 2015, en France métropolitaine et dans les DROM, 723 structures des urgences situées dans 644 établissements de santé ont traité 20,3 millions de passages, soit une progression de 3 % par rapport à 2014. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 104 SAMU et 410 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Le secteur public prend en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence.

Depuis les décrets de mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence, cette activité est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est faite par les services d'aide médicale urgente (SAMU). Les patients sont ensuite, si leur état le nécessite, pris en charge à domicile (ou sur la voie publique, le lieu de travail, etc.) par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), qui peut être une structure permanente ou saisonnière. Enfin, les patients pris en charge par le SMUR sont transportés vers la structure des urgences la plus proche et disposant du plateau technique le plus adapté à leur état. 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

La médecine d'urgence se compose de trois types de services : les structures des urgences, les SAMU et les SMUR. Un SMUR ne peut être autorisé à fonctionner que s'il est rattaché à une structure des urgences. En 2015, en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), 644 établissements de santé ont une autorisation d'accueil des urgences pour un total de 723 structures (un établissement pouvant avoir une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques). On dénombre également 410 SMUR et 104 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 exclusivement publics.

Des services spécialisés en pédiatrie ou des filières d'accueil spécifiques le cas échéant

Les autorisations des SMUR et des structures des urgences peuvent être générales ou pédiatriques. Dans les faits, elles sont majoritairement générales. En effet, seulement 13 % des structures des urgences et 6 % des SMUR sont autorisés en pédiatrie. Lorsqu'une structure des urgences n'est pas pédiatrique, elle peut en revanche prendre en charge les enfants dans une filière de soins dédiée, 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 non lucratif ou lucratif, c'est le cas de seulement 5 % de celles autorisées en pédiatrie.

Un nombre annuel de passages en hausse

En 2015, les 723 structures des urgences de la France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA, ont pris en charge 20,3 millions de passages, soit une progression de 3 % par rapport aux flux observés en 2014 (tableau 2). Sur plus longue période, le nombre annuel de passages continue de progresser à un rythme régulier. En 1996, le nombre

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé sièges de services d'urgences en 2015 selon le statut et l'autorisation

Établissements	Publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
Structure générale	392	33	124	549
Structure générale et pédiatrique ¹	75	4	0	79
Structure pédiatrique	15	1	0	16
Ensemble	482	38	124	644
SMUR				
SMUR général	378	6	1	385
SMUR général et pédiatrique	17	0	0	17
SMUR pédiatrique	8	0	0	8
Ensemble	403	6	1	410
SAMU	104	0	0	104

1. Les 79 établissements comportant une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques totalisent 158 structures d'urgences.

Note > Une structure des urgences est générale si elle accueille des adultes et des enfants, exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants. 79 établissements ont une autorisation pour les urgences générales et pédiatriques.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de passages aux urgences en 2015 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)
Structures générales	10 778 318	2,3	7 370 033	-2,4¹	2 628 584	4,3	14 143 935	2,4
Structures pédiatriques	623 397	-1,2	59 744	3,8	0	-	683 141	-0,8
Structures générales et pédiatriques	5 216 450	5,2	2 458 644	3,0	0	-	5 462 314	5,1
Urgences générales	3 642 258	5,8	1 484 404	1,5	0	-	3 790 662	5,6
Urgences pédiatriques	1 574 192	3,8	97 460	5,4	0	-	1 671 652	3,9
Ensemble	16 618 165	3,1	10 426 641	-0,8	2 628 584	4,3	20 289 390	3,0

1. Un établissement de santé privé à but non lucratif siège d'une structure d'urgences générales est devenu privé à but lucratif.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2014-2015, traitements DREES.

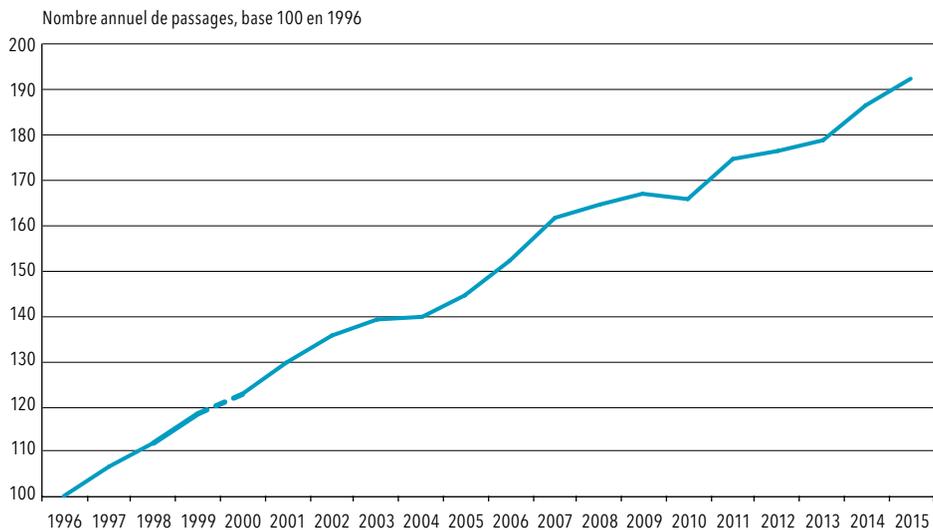
annuel de passages s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine, hors SSA. Il est depuis en augmentation de 3,5 % en moyenne chaque année, excepté une pause ponctuelle en 2010 (graphique). La part des passages aux urgences du secteur privé (pris dans sa globalité) est stable depuis 2010 et s'établit à 18 % en 2015. 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, 28 000 patients par an, le nombre

moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques (25 000 passages par an en moyenne) que dans les structures des urgences générales (28 500 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 21 000 passages annuels, contre 31 000 dans le secteur public. Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 22 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et deux structures sur trois, moins de 30 000. À l'opposé, 20 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 40 % de l'ensemble des passages. ■

Graphique Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



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

Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996-2015, traitements DREES.

Champ

Établissements publics et privés de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), bénéficiant en 2015 d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R6123-1 à R6123-32 du Code de la santé publique).

Définitions

• **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, « Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, DREES, n° 212, janvier.
- Boisguérin B., Brillhault G., Ricroch L., Valdelièvre H., Vuagnat A., 2015, « Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES », *Le Panorama des établissements de santé - édition 2014*, DREES.
- Boisguérin B., Valdelièvre H., 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et Résultats*, DREES, n° 889, juillet.
- Ricroch L., Vuagnat A., 2017, « Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé », *Études et Résultats*, DREES, n° 997, février.

- Ricroch L., 2016, « Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers », *Études et Résultats*, DREES, n° 973, septembre.
- Ricroch L., Vuagnat A., 2015, « Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins », *Études et Résultats*, DREES, n° 929, août.
- Ricroch L., 2015, « Les urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité », *Études et Résultats*, DREES, n° 906, mars.
- Vuagnat A., 2013, « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? », *Le Panorama des établissements de santé - édition 2013*, DREES.
- Actes du colloque du 18 novembre 2014, « Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières », 2015, *Dossiers solidarité et santé*, DREES, n° 63, juin.

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 renouvelée en 2013. Des corrections ont été apportées aux réponses brutes déclarées par les établissements, notamment concernant les autorisations.

177 800 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en établissement de santé pour la France métropolitaine et les DROM (y compris Mayotte, non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy) en 2015. Si l'on ajoute les 36 900 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville et les 3 100 IVG réalisées en centre de santé, centre de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009, le total représente 217 800 IVG en 2015. En établissement, 8 IVG sur 10 sont réalisées à l'hôpital public.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 14,9. Il varie du simple au triple d'un département à l'autre : moins de 8 IVG en Haute-Loire, dans l'Ain et en Mayenne, et plus de 22 en Corse-du-Sud, dans le territoire de Belfort, les Bouches-du-Rhône, les Hautes-Alpes ou à Paris (carte 1). L'Île-de-France et tout le Sud-Est de la Métropole en particulier se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne. En 2015, dans les DROM, les taux de recours, sont largement supérieurs à ceux observés en Métropole. Ils s'élèvent à 21 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans à La Réunion, 28 en Martinique, 29 à Mayotte, 30 en Guyane et 33 en Guadeloupe.

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

Le nombre d'IVG est quasi stable depuis une dizaine d'années. Il diminue en milieu hospitalier du fait d'un report vers les IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral, où elles sont autorisées depuis 2004 (graphique 1), et, dans une moindre mesure, depuis leur autorisation en mai 2009 en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF). En milieu hospitalier, les IVG médicamenteuses sont désormais stables, tandis que les IVG chirurgicales continuent à diminuer. Le taux de recours à l'IVG demeure stable depuis 2006 (graphique 2). L'indice conjoncturel d'IVG, correspondant à la somme des taux d'IVG de chaque âge, permet d'évaluer le nombre moyen d'IVG que 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, est de 0,54 IVG par femme en 2015. Il varie très peu depuis 2006. Au total, en ville ou en établissement, la méthode médicamenteuse est utilisée pour 62 % des IVG, contre 47 % en 2006.

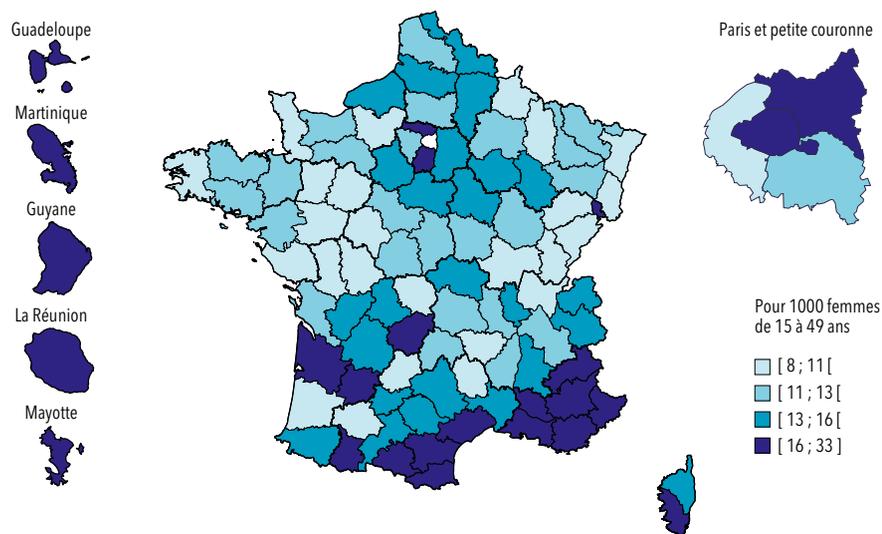
Une IVG médicamenteuse sur quatre est réalisée hors structure hospitalière

En 2015, 36 947 IVG médicamenteuses ont été réalisées en cabinet de ville (tous régimes d'Assurance maladie confondus, y compris le régime agricole et celui des indépendants) et 3 127 en centre de santé ou en CPEF, soit 18 % du total des IVG et 30 % 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 1,4 % du total des IVG. Leur diffusion est par ailleurs limitée. La moitié ont eu lieu en Île-de-France, alors que cette région totalise moins du quart de l'ensemble des IVG.

La part du secteur public, largement majoritaire, continue de croître

En 2015, la prise en charge des IVG a été assurée par 570 établissements, 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, puis 69 % en 2002, 72 % en 2005, 81 % en 2012 et 83 % en 2015. Seuls 8 départements comptent moins de 2 IVG hospitalières sur 3 prises en charge par le secteur public, essentiellement dans le Sud (carte 2).

Carte 1 Les recours à l'IVG en 2015

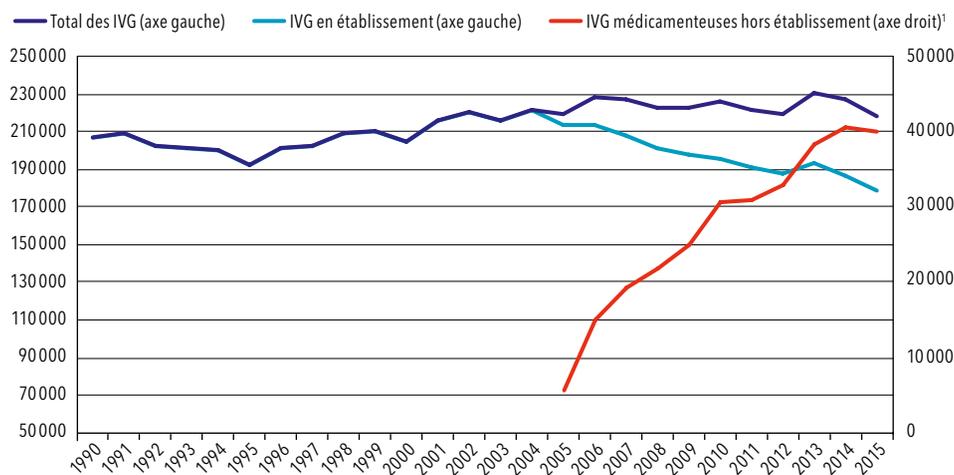


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM, y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2015 ; CNAMTS, SNIIRAM, traitements DREES ; INSEE estimation de la population au 1^{er} janvier 2015.

Graphique 1 Évolution du nombre des IVG depuis 1990



1. Forfait médicament de ville (FMV) : de 2005 à 2009, selon la date de liquidation et régime général ; à partir de 2010, selon la date de soins et tous régimes.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte depuis 2012), y compris le SSA.

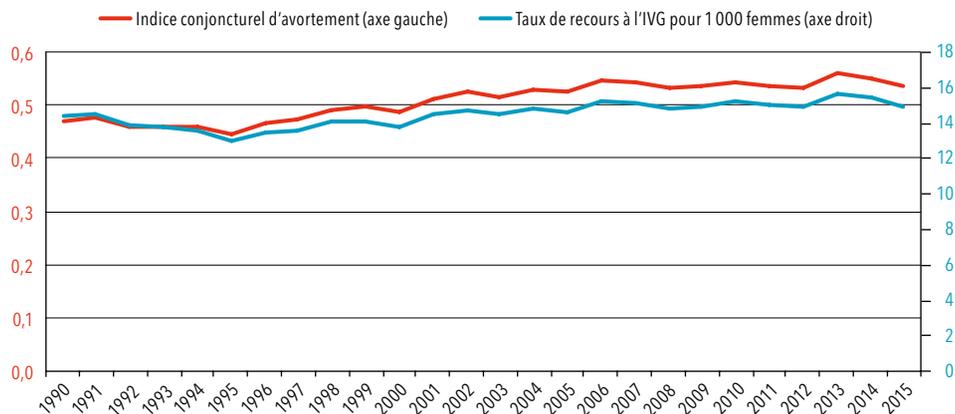
Sources > DREES, SAE, ATIH, PMSI-MCO ; CNAMTS, SNIIRAM (forfait médicaments de ville, tous régimes), traitements DREES.

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

Les données de la CNAMTS répertorient 728 gynécologues et 516 omnipraticiens ayant réalisé une IVG

dans leur cabinet de ville en 2015. 116 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. ■

Graphique 2 Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans et indice conjoncturel d'avortement (ICA)

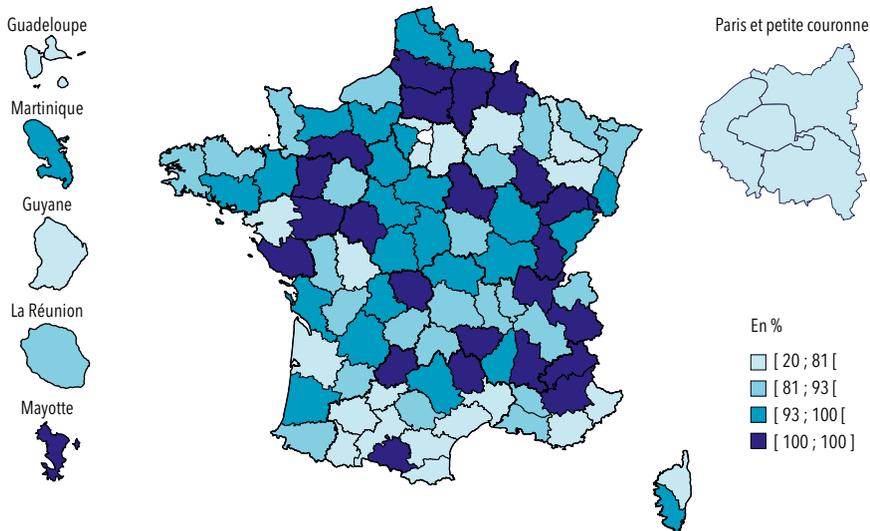


Note > Le taux de recours est calculé en rapportant le nombre total d'IVG à l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans. L'indice conjoncturel d'avortement correspond à la somme des taux d'IVG de chaque âge.

Champ > France métropolitaine et 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 ; CNAMTS, SNIIRAM, traitements DREES ; INSEE, population par âge.

Carte 2 Part du secteur public parmi les IVG réalisées en établissement en 2015



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2015, traitements DREES.

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

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 aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse également dans le cadre de la médecine de ville jusqu'à cinq semaines de grossesse. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. La loi du 19 décembre 2007 et le décret d'application de mai 2009 ont étendu ce dispositif aux centres de santé et aux centres de planification ou d'éducation familiale. Le tarif payé aux établissements de santé pratiquant l'IVG a été revalorisé de 50 % le 31 mars 2013. Tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100 % à partir du 1^{er} avril 2016. Les sages-femmes peuvent pratiquer une IVG médicamenteuse depuis le décret d'application de juin 2016.

Pour en savoir plus

- Vilain A., 2016, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 », *Études et Résultats*, DREES, n° 968, juin.
- Vilain A., 2009, « Les établissements et les professionnels réalisant des IVG », *Études et Résultats*, DREES, n° 712, décembre.
- *L'état de santé de la population en France – Rapport 2017*, 2017, DREES, Santé publique France, mai.
- « L'interruption volontaire de grossesse (IVG) », 2011/1 *La Revue française des affaires sociales*, La Documentation française.

Sources

La statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé et, pour les IVG, l'activité et les personnels travaillant au sein des services. Le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) permet de recueillir des données individuelles, avec des indications sur l'âge de la femme et son lieu de domicile. La CNAMTS (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.

La situation économique du secteur

En 2015, 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 4,8 milliards d'euros. Cette dépense a augmenté de près de 20 % depuis 2011, et progresse plus rapidement que l'ensemble de la consommation des soins hospitaliers (+10 % depuis 2011). Elle représente 5,3 % de la consommation hospitalière, et se concentre sur un faible nombre de médicaments et de dispositifs médicaux.

Une progression des dépenses et un recul du nombre d'unités administrées pour les médicaments de la liste en sus

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.

En 2015, 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, avec 98 % de la dépense pour le seul champ MCO. Cette dépense est en hausse de 18,5 % par rapport à 2011. L'augmentation, modérée en 2012, atteint 8 % en 2013, et se poursuit de manière soutenue en 2014 et 2015 (graphique 1). Les années de moindre hausse sont liées à des vagues de radiations de produits de la liste en sus. Ainsi, en 2012 et 2014, les radiations comptent pour la moitié du total des baisses. Dans le même temps, et pour la même raison, le nombre d'unités administrées¹ baisse

fortement (-21,4 %). Il s'agit, en 2014, de médicaments composés d'érythropoïétine appartenant à la classe des préparations antianémiques (B03 dans la classification anatomique, thérapeutique et chimique [ATC] niveau 2). Avant leur radiation, ils ne représentaient que 4 % du total de la dépense mais 30 % des unités vendues.

La dépense du secteur public en forte hausse, celle du secteur privé en recul

Les établissements de santé publics ou les établissements de santé privés d'intérêt collectif pèsent pour près de 83 % de la dépense des médicaments de la liste en sus en 2015. Leur dépense progresse de manière soutenue (+25 %) entre 2011 et 2015. On observe en revanche un repli (-5,1 %) de la dépense pour les établissements de santé privés à but lucratif, avec des baisses assez marquées en 2012 et en 2014. La radiation des médicaments de la classe B03 s'est traduite par une baisse importante, en montant et plus encore en unités administrées, en raison du poids bien plus important de ces médicaments dans ce secteur.

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)

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 donnera lieu à des codes UCD différents.

pour un peu plus de la moitié, et les immunosuppresseurs (L04, traitements pour les maladies auto-immunes).

La classe des antinéoplasiques augmente au même rythme que la dépense totale de la liste en sus (soit +18,5 %, entre 2011 et 2015) pour s'élever à 1,7 milliard d'euros, les hausses étant soutenues en 2014 et 2015. Durant la même période, la dépense pour les immunosuppresseurs progresse très fortement (+45,5 %) pour s'élever à 650 millions d'euros, la hausse étant néanmoins modérée en 2014 et 2015. D'autres classes ont un poids non négligeable sur la dépense :

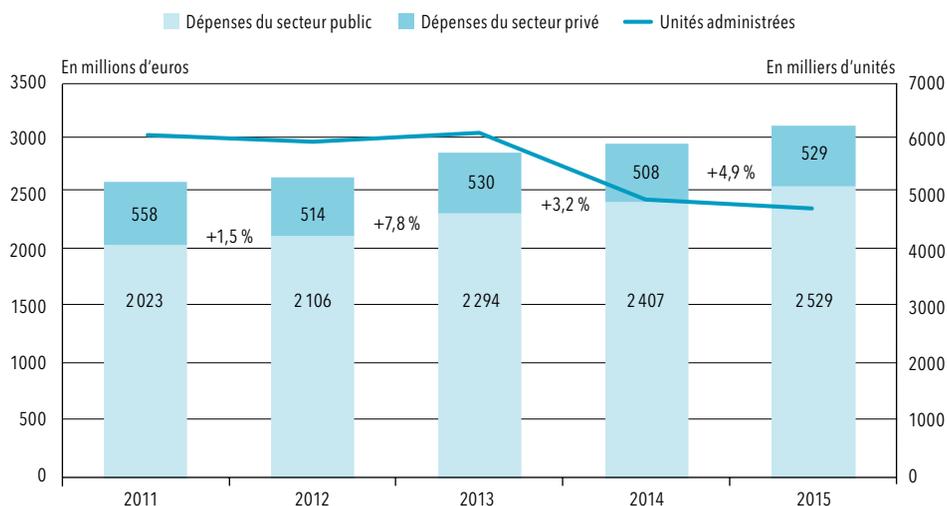
- les sérums immunisants et immunoglobulines (J06) : 8 % de la dépense en 2015 ;

- les autres produits liés au tractus digestif et au métabolisme (A16) : 5 % en 2015 ;
 - les antihémorragiques (B02) : 4 % en 2015 ;
 - les préparations antianémiques (B03) : environ 4 % avant leur radiation, nul en 2015 ;
 - les antimycotiques (J02) : 4 % en 2015.

Deux tiers des remboursements de la liste en sus concernent dix médicaments

La liste en sus est composée d'environ 150 médicaments² début 2015. Les dix médicaments pour lesquels on observe les plus fortes dépenses représentent deux tiers de la dépense totale. Cette part atteint 80 % pour les 20 premiers médicaments et 90 % pour les

Graphique 1 Dépenses et unités administrées pour les médicaments de la liste en sus entre 2011 et 2015



Lecture > Les pourcentages représentent l'évolution des dépenses pour les médicaments de la liste en sus. Entre 2014 et 2015, elles ont augmenté de 4,9 %, 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 médicament, on entend le regroupement de tous les conditionnements (en pratique, les codes UCD) d'une même marque déposée d'un produit pharmaceutique. Différentes marques d'une même molécule sont ainsi considérées comme des médicaments distincts.

30 premiers. Cette répartition était quasiment identique en 2011.

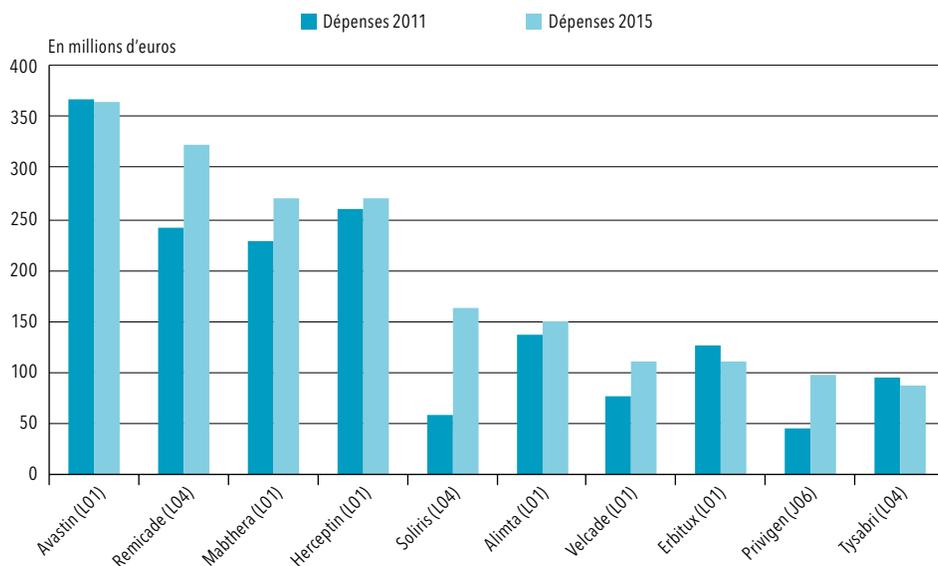
L'Avastin (antinéoplasique) reste, avec une relative stabilité de sa dépense, le premier poste de dépense parmi les médicaments de la liste en sus (graphique 2). Il a fait l'objet d'une radiation partielle à compter du 1^{er} septembre 2016 pour plusieurs indications du cancer du sein et du rein. C'est également le cas pour l'Herceptin. Le Remicade (immunosuppresseur) représente en 2015 le deuxième poste de dépenses, et a connu une progression de 35 % entre 2011 et 2015. Deux autres médicaments parmi cette liste de dix ont connu des hausses très importantes entre 2011 et 2015 : Soliris (immunosuppresseur), pour lequel la dépense a presque triplé, et Privigen (immunoglobuline), seul médicament qui n'est ni un antinéoplasique ni un immunosuppresseur, dont la dépense croît de 120 %. Ces augmentations semblent liées aux extensions d'autorisation de mise sur le marché dont ont bénéficié ces médicaments.

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 1,7 milliard d'euros a été consacré à l'ensemble de ces dispositifs dans le champ MCO en 2015, soit une hausse de 23 % par rapport à 2011 (graphique 3). Entre 2011 et 2015 le secteur public connaît une forte progression (+34 %), plus importante que celle du secteur privé (+13 %). Depuis 2014, le montant des dépenses du secteur public est plus élevé que celui du secteur privé.

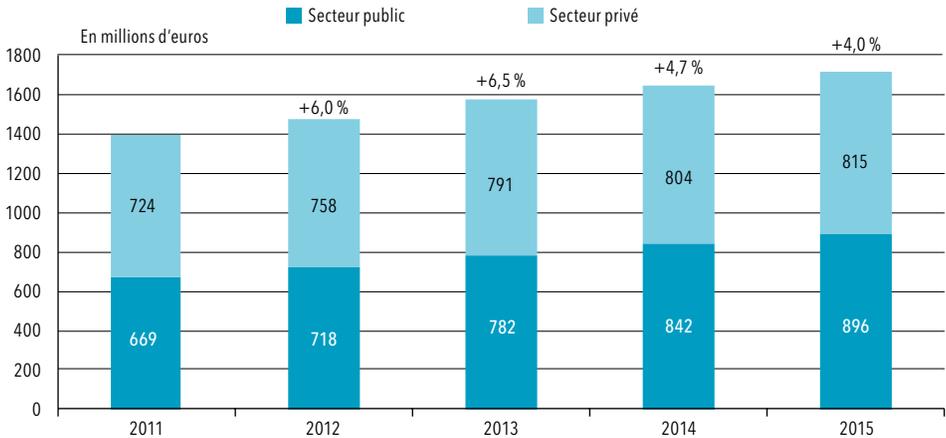
Certains types de dispositifs concentrent l'essentiel de la dépense. Ainsi, les implants orthopédiques comptent pour 44 % de la dépense en 2015 (dont près de 90 % pour les implants articulaires), suivis par les implants cardiaques et vasculaires d'origine synthétique (20 %), les stimulateurs cardiaques (12 %) et les implants cardiovasculaires issus de dérivés d'origine animale (8 %). ■

Graphique 2 Dépenses en 2011 et 2015 pour les dix médicaments les plus coûteux de la liste en sus en 2015



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 2015

Lecture > Les pourcentages représentent l'évolution des dépenses pour les dispositifs médicaux de la liste en sus. Entre 2014 et 2015, elles ont augmenté de 4,0 %, secteurs public et privé confondus.

Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Mayotte), y compris le SSA, champs MCO.

Source > ATIH, données ScanSanté.

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 portent 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 2017 (programme de qualité et d'efficacité, volet « Maladie »).

Définitions

• **Groupe homogène de séjour (GHS)**: 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 base 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. Les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.

Pour en savoir plus

- Programmes de qualité et d'efficacité 2017 (PQE) « Maladie », 2016, site de la Sécurité sociale : www.securite-sociale.fr, rubrique « Professionnels / Gestion, pilotage et performance ».
- Rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale : résultats 2012 - prévisions 2013, 2013, disponible sur le site de la Sécurité sociale : www.securite-sociale.fr, rubrique « Professionnels / Comptes Sécurité sociale », partie 2.4, p. 34-39, juillet.

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 produits inscrits sur la liste en sus pour en obtenir le remboursement.

Avec 90,8 milliards d'euros en 2015, le secteur hospitalier (établissements des secteurs public et privé) représente 46,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux, et 5,9 % de la consommation finale effective des ménages. L'Assurance maladie finance 91,3 % des dépenses de soins hospitaliers en 2015.

La consommation de soins hospitaliers s'élève à 90,8 milliards d'euros en 2015

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie), moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et en psychiatrie donne lieu à une dépense de soins s'élevant à 90,8 milliards d'euros en 2015 (tableau 1). À la différence des autres fiches, le secteur hospitalier ne comprend pas, dans les comptes de la santé, l'hospitalisation de longue durée (souvent appelée long séjour). Celle-ci est comptabilisée avec les autres dépenses de soins de longue durée : soins 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 légèrement croissante dans le temps : elle est passée de 46,0 % en 2006 à 46,7 % en 2015. 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 2015. Cette part a légèrement augmenté depuis 2006 (+0,4 point) [graphique 1]. Pour la sixième année consécutive, le rythme de progression de la consommation de soins hospitaliers est inférieur à 3 %. Ceci participe grandement à la modération de la croissance de la CSBM depuis 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 70,1 milliards d'euros en

2015. Elle croît de 2,2 % en valeur en 2015. Cette croissance est inférieure à celle observée les années précédentes (+2,8 % par an en moyenne entre 2009 et 2014, +3,6 % par an entre 2006 et 2009). Dans le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées à but lucratif, la consommation de soins (y compris les honoraires perçus en établissement) s'est élevée à 20,7 milliards d'euros en 2015. Sa croissance est particulièrement basse en 2015 (+1,1 %), en lien avec la modération des honoraires et des frais de séjour.

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers (91,3 % en 2015). En comparaison, elle finance 76,8 % 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 (5,2 % en 2015 contre 4,4 % en 2006), tandis que la part de la Sécurité sociale diminue (91,3 % en 2015 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, 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. ■

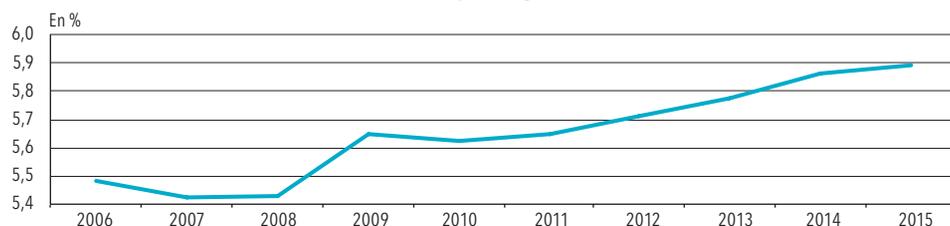
Tableau Consommation de soins hospitaliers et consommation de soins et de biens médicaux

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
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	194 567
Consommation de soins hospitaliers (en millions d'euros), dont :	70 554	72 949	75 396	78 342	80 322	82 463	84 570	86 687	89 079	90 790
Secteur public ¹	54 382	56 240	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 635	70 126
Secteur privé ¹	16 172	16 709	17 457	18 131	18 621	19 169	19 619	19 908	20 444	20 664
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	46,7

1. Voir définitions, dans l'encadré.

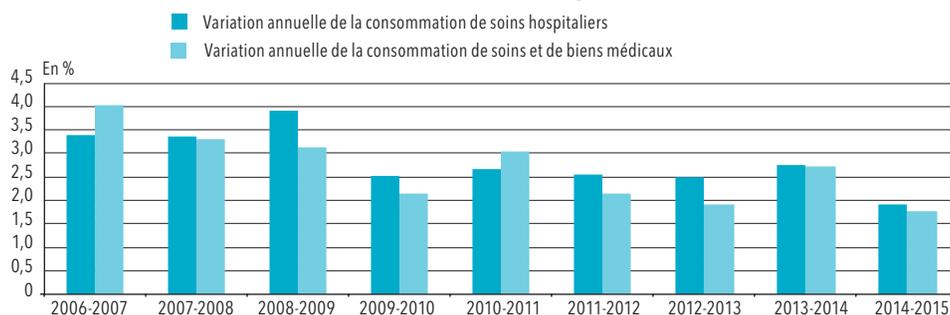
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

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

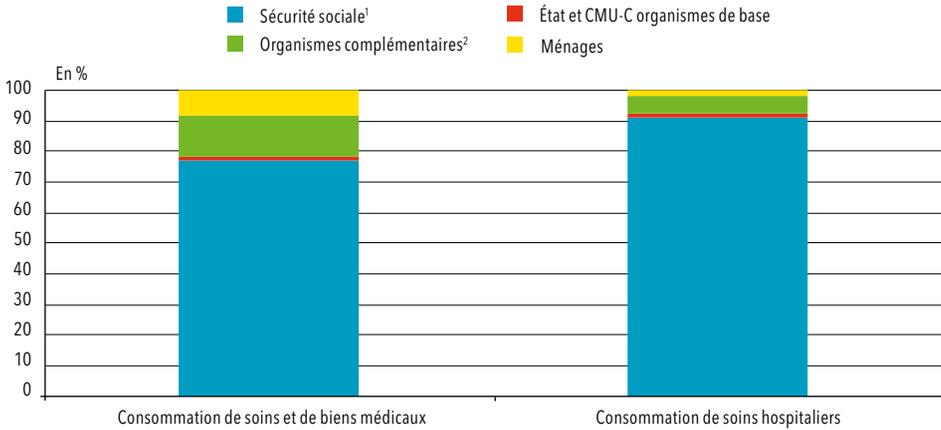
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, comptes de la santé et INSEE.

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 (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Structure de financement de la consommation de soins en 2015

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

1. Y compris déficit implicite des hôpitaux publics.

2. Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, comptes de la santé.

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 2015, en France métropolitaine et dans les DROM (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** : regroupe les établissements de santé publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif.
- **Secteur privé** : 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** : 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

- *Les dépenses de santé en 2015. Résultats des Comptes de la santé, 2016, « Panoramas de la DREES - Santé », DREES, septembre.*

D'après les premières estimations, en 2015, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 14,5 milliards d'euros. Après une hausse de la rentabilité en 2013 et 2014, liée à la mise en place du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), celle-ci se replie légèrement en 2015 et s'établit à 3 % du chiffre d'affaires. L'endettement des cliniques reste stable en 2015 (35 %) parallèlement à une hausse modérée de l'effort d'investissement.

En 2015, la rentabilité s'établit à 3 % du chiffre d'affaires

D'après les premières estimations, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 14,5 milliards d'euros en 2015, soit une hausse de 3,9 % par rapport à 2014 (tableau). Leur résultat net a pourtant reculé parallèlement de 13,1 %. Leur rentabilité nette, qui rapporte le résultat net au chiffre d'affaires, est ainsi évaluée à 3 % en 2015, soit une baisse de 0,6 point par rapport à 2014. Elle reste toutefois supérieure à celle observée avant 2014.

Ces évolutions récentes sont pour beaucoup le reflet de 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, via des baisses tarifaires des séjours hospitaliers. Toutefois, ceci ne s'est pas traduit par une baisse de l'excédent brut d'exploitation, qui se maintient au même niveau qu'en 2014, à 7,1 % du chiffre d'affaires.

Le recul du résultat net en 2015 est pour partie la conséquence d'une hausse du poste « impôts sur le bénéfice », qui représente 1,2 % du chiffre d'affaires en 2015 contre 1 % en 2014, et de la dégradation de 0,3 point du résultat financier, qui mesure les opérations se rapportant directement à l'endettement et aux placements.

... mais baisse pour les cliniques de MCO

Les niveaux de rentabilité sont très variables selon le secteur d'activité et ont évolué de manière différente en 2015 (graphique 1). Pour les cliniques du secteur de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), la rentabilité diminue de près de un point pour s'établir à 2,2 % du chiffre d'affaires, proche du niveau moyen observé entre 2006 et 2011. La rentabilité nette des cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) s'établit à 5,2 %, bien au-dessus de son niveau moyen d'avant la mise en place du CICE. Les cliniques psychiatriques demeurent les plus rentables en 2015, atteignant leur niveau le plus élevé de rentabilité depuis dix ans (7,4 %).

Une clinique sur cinq est en déficit

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaires, masque de fortes disparités. En 2015, un peu plus d'un cinquième des cliniques sont en déficit. Parallèlement à la baisse du résultat net, cette part est en légère augmentation en 2015 (23 % en 2015 contre 21 % en 2014). Cette augmentation concerne aussi bien les cliniques de MCO (26 % en 2015 contre 24 % en 2014) que celles de SSR (24 % en 2015 contre 21 % en 2014). Elle atteint 7 % dans le secteur de la psychiatrie.

Une légère reprise des investissements

Du fait de la baisse de la rentabilité, la capacité d'autofinancement (CAF) diminue en 2015 après une hausse continue depuis 2013 (5,4 % du chiffre d'affaires en 2015 contre 5,9 % en 2014). Elle diminue surtout pour les cliniques en MCO (de 5,6 % en 2014 à 4,8 % en 2015), reste à un niveau élevé pour les cliniques de SSR (6,7 %) et augmente à nouveau

Tableau Compte de résultat des cliniques privées entre 2009 et 2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 ¹
Chiffre d'affaires total (en millions d'euros)	12 334	12 508	13 050	13 583	13 938	13 991	14 535
Nombre de cliniques	1 095	1 084	1 076	1 064	1 039	1 027	1 023
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	11,3	11,5	12,1	12,8	13,2	13,6	14,2
Achats et charges externes (en % du chiffre d'affaires), dont :	-45,1	-45,0	-45,3	-45,2	-44,8	-45,0	-45,5
achats consommés	-17,4	-17,7	-17,4	-17,2	-16,7	-17,1	-17,5
autres achats et charges externes	-27,8	-27,3	-27,9	-28,0	-28,1	-28,0	-28,1
variation de stocks	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Frais de personnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	-43,8	-44,0	-43,9	-43,9	-43,3	-42,9	-42,6
salaires bruts	-31,6	-31,2	-31,0	-31,2	-31,6	-29,3	-31,1
charges sociales	-12,2	-12,8	-12,9	-12,8	-11,7	-13,6	-11,4
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
impôts, taxes							
et versements assimilés	-5,9	-5,7	-5,7	-6,0	-5,9	-5,9	-5,6
subvention d'exploitation	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8
Excédent brut d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	6,1	6,1	5,7	5,6	6,5	7,1	7,1
Autres opérations d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	-0,1	-0,1
Dotations nettes aux amortissements (en % du chiffre d'affaires)	-1,8	-1,8	-2,1	-2,2	-2,2	-2,0	-2,2
Résultat d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	4,2	4,4	3,7	3,5	4,3	4,9	4,9
Résultat financier (en % du chiffre d'affaires), dont :	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	0,0	-0,3
produits financiers	0,7	0,6	1,0	0,9	0,6	0,8	0,6
charges financières	-1,1	-1,1	-1,3	-1,2	-0,9	-0,7	-0,9
Résultat courant - exploitation + financier (en % du chiffre d'affaires)	3,8	4,0	3,4	3,2	4,0	5,0	4,7
Résultat exceptionnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	0,1	-0,2	1,1	0,1	-0,5	0,0	0,0
produits exceptionnels	2,3	2,5	3,0	2,1	2,1	1,9	2,0
charges exceptionnelles	-2,1	-2,6	-1,9	-2,0	-2,7	-1,9	-2,0
Participation des salariés (en % du chiffre d'affaires)	-0,4	-0,4	-0,4	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4
Impôts sur les bénéfices (en % du chiffre d'affaires)	-1,4	-1,4	-1,5	-1,2	-0,9	-1,0	-1,2
Résultat net (en % du chiffre d'affaires)	2,1	2,0	2,6	1,8	2,2	3,6	3,0

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 un chiffre.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), présentes dans la SAE.

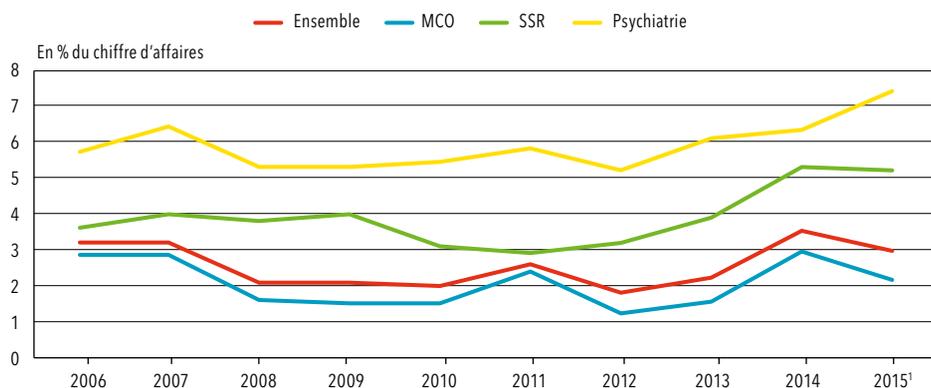
Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2015, calculs DREES.

pour les cliniques psychiatriques (9,9 % en 2015, après 8,6 % en 2014).

Globalement, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés au chiffre

d'affaires, augmente après une baisse ininterrompue de 2006 à 2014 (graphique 2). En 2015, l'investissement reste toutefois modéré. Il représente 4,5 % du chiffre d'affaires, contre 4,1 % en 2014. Cette reprise concerne surtout les cliniques

Graphique 1 Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées entre 2006 et 2015



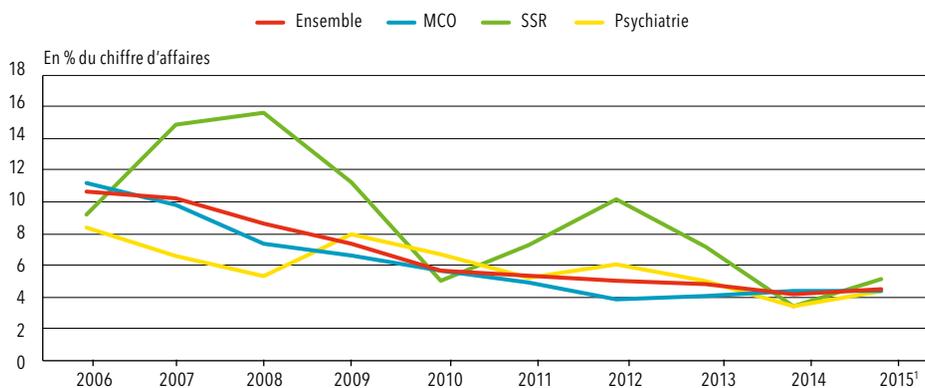
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

1. Données provisoires.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2015, calculs DREES.

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

1. Données provisoires

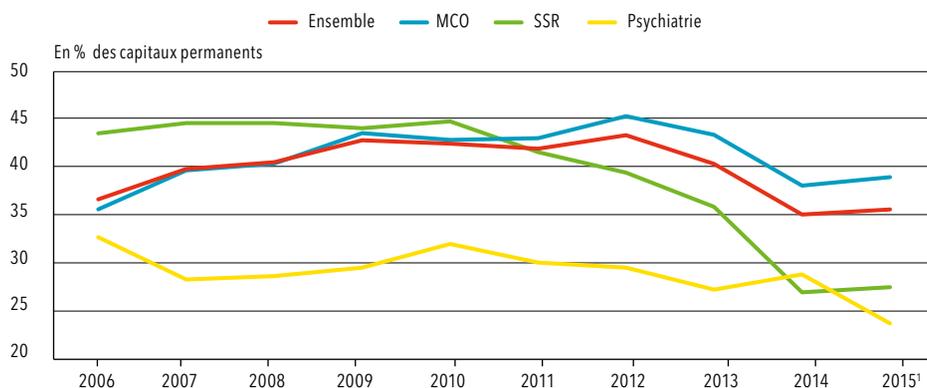
Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2015, calculs DREES.

de psychiatrie et de SSR. Pour les cliniques de MCO, l'effort d'investissement reste stable en 2015 et représente 4,3 % du chiffre d'affaires. L'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur

les capitaux permanents, ne progresse que très légèrement pour atteindre 35,4 % des capitaux permanents après 34,9 % en 2014, et reste donc à un niveau historiquement bas (graphique 3). ■

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des cliniques privées



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

1. Données provisoires.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2015, calculs DREES.

Champ

Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce avec parfois du retard. Les données de 2015 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte) ayant déposé leurs liasses fiscales aux tribunaux de commerce. Ces chiffres ont été croisés avec l'enquête SAE 2015, afin de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées. Les données 2015 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 804 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** : solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. L'EBE est obtenu en soustrayant au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.
- **Résultat net comptable** : solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

Pour en savoir plus

Yilmaz E., 2016, « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif », *Les Dépenses de santé en 2015, résultats des comptes de la santé*, « Panoramas DREES - Santé », DREES, septembre.

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.

En 2015, le déficit des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), anciennement sous dotation globale, se réduit pour revenir à son niveau de 2012-2013. Il représente 0,2 % des recettes totales, contre 0,7 % en 2014. Quatre établissements sur dix sont déficitaires. Les investissements représentent 5,4 % des recettes totales.

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 l'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 établissements privés d'intérêt collectif restent déficitaires

En 2015, les comptes financiers des ESPIC, anciennement sous dotation globale, s'améliorent malgré un résultat net toujours déficitaire. Le déficit est pratiquement divisé par trois et s'établit à 26,9 millions d'euros, soit 0,2 % des recettes totales, contre 0,7 % en 2014 (tableau).

Cette amélioration des comptes concerne surtout les centres de lutte contre le cancer (CLCC), dont le résultat net redevient bénéficiaire pour la première fois depuis 2009. Le déficit des établissements pratiquant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) se réduit à 0,7 % des recettes en 2015 contre 1,2 % en 2014. Malgré cette amélioration, ces établissements présentent le niveau de déficit le plus élevé. Pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), les comptes financiers restent déficitaires en 2015, pour la deuxième année consécutive. Enfin, la situation financière

des établissements de psychiatrie reste à l'équilibre en 2015 comme en 2014.

Quatre ESPIC sur dix sont en déficit en 2015, proportion qui progresse lentement depuis 2012 (graphique 1). En particulier, la part d'établissements de MCO déficitaires est passée de 39 % en 2012 à 46 % en 2015. Cette part a également augmenté en 2015 pour les établissements de psychiatrie, pour lesquels plus d'un établissement sur quatre est déficitaire, mais elle reste stable pour les établissements de SSR (43 % en 2015 et 2014). Pour les CLCC, la part d'établissements déficitaires a nettement diminué. Un peu plus d'un quart d'entre eux sont en déficit en 2015, contre 61 % en 2014.

En 2015, l'Assurance maladie finance 81 % des recettes des ESPIC

Comme pour le secteur public, l'Assurance maladie finance en grande partie les ESPIC. Elle contribue à hauteur de 81 % aux recettes du budget principal de ces établissements. Cette part, comparable à celle des trois années précédentes, est assez homogène entre catégories d'établissements. Elle varie de près de 78 % pour les CLCC à 85 % pour les établissements de psychiatrie (graphique 2). Les assurances complémentaires et les patients en financent 6 %. Cette part est également relativement homogène, excepté pour les CLCC, pour lesquels elle est moindre (4 %). Les autres recettes représentent, elles, 13 % des recettes totales. Elles correspondent, par exemple, aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement.

1. 75 % des entités géographiques du privé non lucratif sont des ESPIC, dont notamment tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

La part des dépenses de personnel est plus élevée en psychiatrie

Les dépenses relatives au personnel représentent 62 % des dépenses du secteur en 2015 (graphique 3). Cette part est plus élevée pour les établissements spécialisés en psychiatrie (75 %) et en SSR (68 %), et descend jusqu'à 50 % pour les CLCC. Ce plus faible poids relatif des dépenses de personnel pour les CLCC s'explique par l'importance des dépenses à

caractère médical, en raison du coût élevé des médicaments pour les traitements du cancer. Ces dernières représentent 28 % des dépenses pour les CLCC, contre 18 % pour les établissements de MCO, et autour de 5 % pour les établissements de psychiatrie et de SSR. Les dépenses à caractère hôtelier et général représentent 14 % des dépenses des ESPIC. Elles varient de 11 % pour les CLCC à 16 % pour les établissements de SSR. Enfin, les amortissements, provisions, dépenses

Tableau Excédent ou déficit des établissements de santé privés d'intérêt collectif entre 2008 et 2015

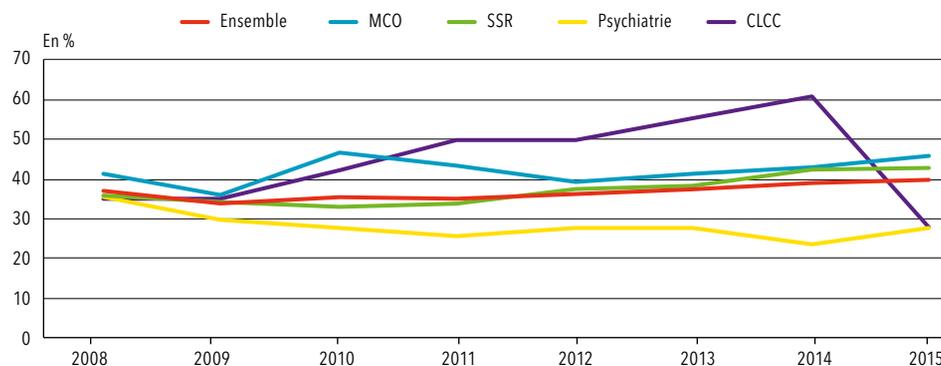
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ensemble (en millions d'euros)	-9,9	-13,9	-63,4	-38,1	-29,0	-22,4	-73,3	-26,9
Ensemble (en % des produits)	-0,1	-0,1	-0,6	-0,4	-0,3	-0,2	-0,7	-0,2
CLCC (en % des recettes)	0,1	0,0	-0,3	-0,3	-0,5	-0,9	-0,5	0,4
Autres établissements privés à but non lucratif (en % des recettes) dont :	-0,2	-0,2	-0,7	-0,4	-0,2	-0,0	-0,7	-0,4
MCO	-0,7	-0,5	-1,2	-0,9	-0,3	-0,3	-1,2	-0,7
psychiatrie	0,5	-0,1	-0,3	-0,2	-0,0	0,6	0,0	0,0
SSR	0,5	0,4	0,0	0,5	-0,2	0,0	-0,2	-0,2

CLCC : centres de lutte contre le cancer ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte).

Sources > ATIH, SAE, calculs DREES.

Graphique 1 Évolution de la part des établissements déficitaires entre 2008 et 2015



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; CLCC : centres de lutte contre le cancer.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte).

Sources > ATIH, SAE, calculs DREES.

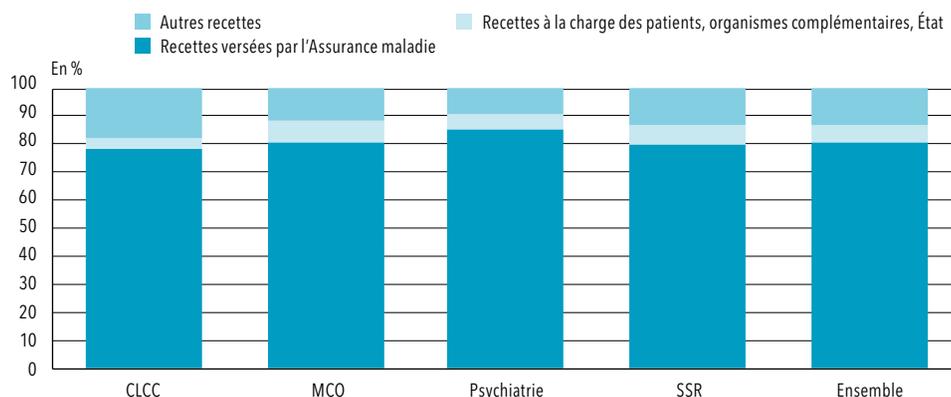
financières et exceptionnelles représentent 8 % des dépenses des ESPIC en 2015. Ces dernières sont comprises entre 7 % pour les établissements de psychiatrie et 11 % pour les CLCC.

En 2015, les investissements représentent 5,4 % des recettes totales

Après un repli régulier depuis 2012, l'effort d'investissement se stabilise en 2015 à 5,4 % des

recettes totales (5,3 % en 2014), bien en deçà du niveau de 8,3 % observé en 2011. Cet effort d'investissement reste plus soutenu pour les CLCC, malgré une baisse en 2015 (7,4 %, contre 8,1 % en 2014), et dans une moindre mesure pour les établissements de SSR (6,5 %). Pour les établissements de MCO et de psychiatrie, les investissements représentent environ 4 % des recettes totales en 2015. ■

Graphique 2 Répartition des recettes du budget principal en 2015

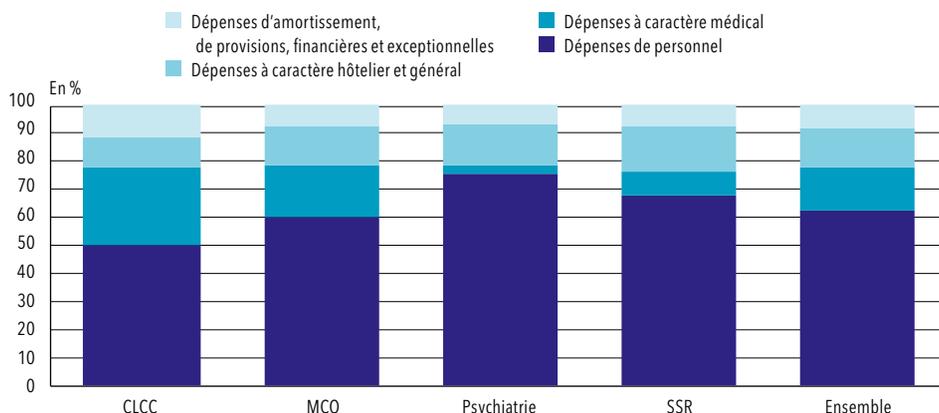


CLCC : centres de lutte contre le cancer; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte).

Sources > ATIH, SAE, calculs DREES.

Graphique 3 Répartition des dépenses du budget principal en 2015



CLCC : centres de lutte contre le cancer; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte).

Sources > ATIH, SAE, calculs DREES.

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris 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 (SAE), qui fournit des informations sur l'activité des établissements.

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 de l'activité de l'établissement.

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 2015, les données de 512 établissements sont étudiées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

En 2015, pour la troisième année consécutive, les comptes financiers des hôpitaux publics continuent de se dégrader. Leur déficit atteint 400 millions d'euros, soit environ 0,6 % des recettes.

Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent à nouveau en 2015

En 2015, les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent à nouveau. Leur déficit global continue de se creuser, pour atteindre 400 millions d'euros. Leur rentabilité nette, qui était devenue positive en 2012 (0,2 % des recettes) après six années de déficit, s'est de nouveau dégradée régulièrement depuis, passant à -0,2 % en 2013 et -0,4 % en 2014, pour atteindre -0,6 % en 2015 (tableau).

Cette détérioration de la situation financière concerne notamment les centres hospitaliers régionaux hors AP-HP, qui sont plus nombreux à être en déficit (21 en 2015, contre 19 en 2014 et 17 en 2013). Ce déficit représente 40 % du déficit global en 2015, contre un quart en 2014. Leur rentabilité nette se détériore fortement et s'établit à -1,3 % en 2015, contre -0,7 % en 2014 et -0,3 % en 2013.

En 2015, le déficit croissant du résultat net s'explique en grande partie par la poursuite de la dégradation du résultat d'exploitation, alors que celui-ci avait progressé chaque année de 2007 à 2012 (graphique 1). Le résultat financier reste, lui, fortement déficitaire, quoique stabilisé, et pèse désormais lourdement sur le résultat net, malgré la progression du résultat exceptionnel observée entre 2012 et 2015, qui s'explique surtout en 2015 par une augmentation des opérations de capital.

Les recettes des établissements publics sont estimées à près de 76,7 milliards d'euros en 2015

En 2015, les recettes totales des établissements publics, hors rétrocession de médicaments, poursuivent leur progression (+2,1 % en 2015, après +2,3 % en 2014). Elles atteignent 76,7 milliards d'euros, dont 67,5 milliards imputables au budget principal.

Le budget principal est ventilé en trois catégories de recettes et en quatre catégories de dépenses. L'Assurance maladie finance le budget de l'hôpital à hauteur de 52 milliards d'euros, soit 2,1 % de plus qu'en 2015. Ces financements sont constitués principalement des recettes de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les assurances complémentaires et les patients continuent d'en financer 5,6 milliards d'euros en 2015. Les autres recettes, elles, augmentent de 3,7 % pour s'établir à 9,7 milliards d'euros. Elles correspondent, par exemple, aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement.

77,1 milliards d'euros de dépenses pour le secteur public en 2015

En 2015, les dépenses du secteur public sont estimées à 77,1 milliards d'euros, dont 88 % comptabilisées en budget principal. En 2015, comme en 2014 et en 2013, l'évolution des dépenses est supérieure à celle des recettes : +2,3 % pour les dépenses, contre +2,1 % pour les recettes.

Comme en 2014, la progression des dépenses s'explique notamment 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 % (+4,1 % en 2014) et s'élèvent à 9,6 milliards d'euros en 2015. Les dépenses de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses, ralentissent en 2015 (+1,8 %, après +2,7 % en 2014). Pour le seul budget principal, ces dépenses s'élèvent à 44,9 milliards d'euros.

Les dépenses à caractère hôtelier et général progressent de 2,5 % en 2015 et atteignent 6,8 milliards d'euros pour le budget principal. Les dépenses d'amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles progressent en 2015 (+3,7 %) pour atteindre 6,7 milliards d'euros.

Tableau Excédent ou déficit des hôpitaux publics entre 2002 et 2015

En % des recettes

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ensemble HP	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4¹	-0,9	-0,6	-0,4	-0,4	-0,6	0,2	-0,2	-0,4	-0,6
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
Autres CHR	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
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
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
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
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
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

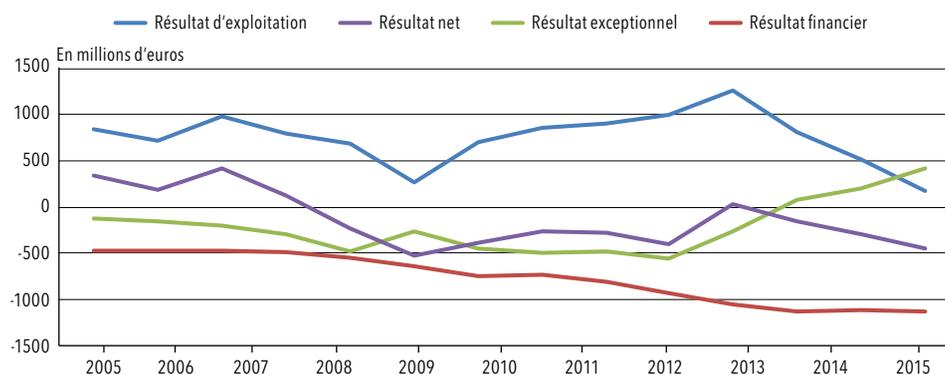
HP : hôpitaux publics ; CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; AP-HP : assistance publique-Hôpitaux de Paris.

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 Mayotte), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES.

Graphique 1 Compte de résultat des hôpitaux publics entre 2002 et 2015

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors SSA.

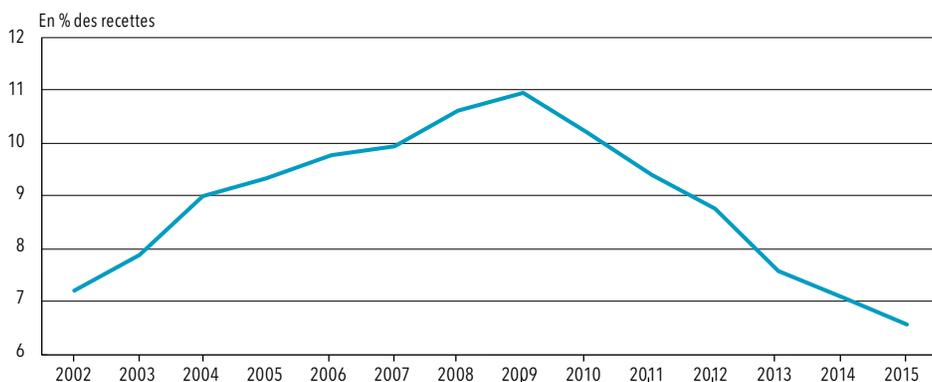
Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES.

Les investissements baissent à nouveau en 2015 et le taux d'endettement se stabilise

Les investissements représentent 4,5 milliards d'euros en 2015 et la part des dépenses d'investissement rapportées aux recettes continue de baisser, comme le préconise le cadre de la stratégie nationale d'investissement. L'effort d'investissement avait été très soutenu jusqu'en 2010 sous l'impulsion des plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012. En 2015, elle s'établit à 6,6 %, contre 7,1 % en 2014 (graphique 2). Parallèlement à la

diminution de l'effort d'investissement, la progression de l'encours de la dette des hôpitaux publics ralentit encore pour atteindre 29,7 milliards d'euros en 2015, dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Le taux d'endettement financier, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), se stabilise autour de 50 % depuis 2012, après avoir significativement augmenté depuis le début des années 2000 (graphique 3). ■

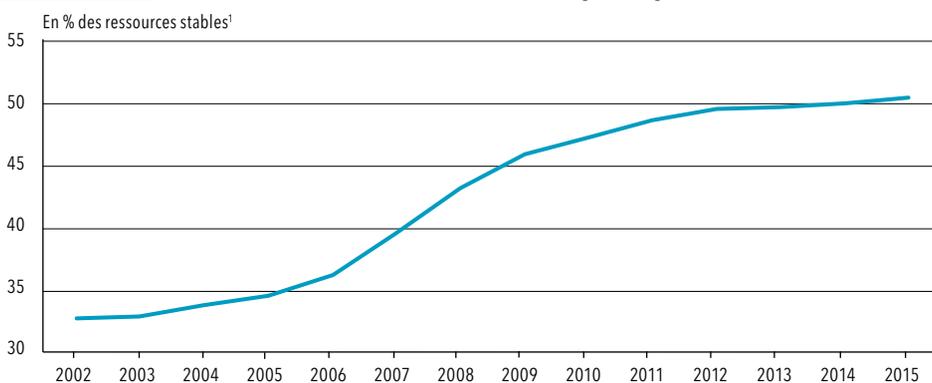
Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics entre 2002 et 2015



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2015



1. Les ressources stables sont constituées des capitaux propres et des dettes financières.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES.

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors le service de santé des armées (SSA). Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 886. Seules les recettes hors rétrocession ont été retenues dans l'analyse.

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** : 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., 2016, « La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2014 et 2015 », *Les Dépenses de santé en 2015, résultats des comptes de la santé*, Panoramas DREES – Santé, DREES.

Sources

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics. Les données de la DGFIP ont été croisées avec la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) afin de conserver dans le champ de l'étude uniquement les établissements sanitaires.



Vue d'ensemble
Fiches thématiques

Annexes ◀

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 2017, 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 2015. 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 2015 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, de par la loi, d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Le statut des établissements de santé

Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé. Selon l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique, « les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État [...]. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial ». Ces établissements « sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. [...] Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas [...] » (article L. 6141-1). « Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste

établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux (CHR) ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche » (article L. 6141-2). Les CHR qui ont passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) médicales, pharmaceutiques ou odontologiques sont 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 postuniversitaire. 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 ».

Les établissements privés sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Pour les établissements à but lucratif, souvent dénommés cliniques privées, plusieurs personnes morales peuvent coexister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, d'imagerie, etc.).

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. En effet, selon l'article L. 6161-5 du Code de la santé publique, « sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer (CLCC)

définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1^{er} du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014, relative à l'économie sociale et solidaire, remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnée à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif ».

Les missions des établissements de santé

Les missions générales

La mission générale des établissements hospitaliers est définie par l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique, qui les dénomme établissements de santé. Quel que soit leur statut, 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 également développer des alternatives à l'hospitalisation, qui ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée ». Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par :

- les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie ;

- les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.

« Dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale. Dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire » (article R. 6121-4).

Par ailleurs, 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).

En outre, les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (article L. 6111-2). Les établissements de santé peuvent aussi créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux, comme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ainsi que des centres de santé (article L. 6111-3).

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. Cet article prévoit ainsi que ces établissements « peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et postuniversitaire, 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 »

Le service public hospitalier

Ces missions peuvent, sans que cela constitue une obligation, être réalisées dans le cadre du service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique. 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'agence régionale de santé (ARS), sont tenus de respecter trois types d'obligations définies à l'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 que la parole des usagers soit entendue et prise en compte (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 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 (CCA) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU).

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

Avec la mise en œuvre de la loi 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. Ainsi, selon l'article L. 6146-2, « le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions de service public mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1. 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 contrats 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 pour une partie de son temps de travail en application des dispositions prévues aux articles R. 6152-501 et R. 6152-502 du Code de la santé publique. De même, les praticiens attachés peuvent être recrutés dans les 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 au centre hospitalier universitaire, 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 peuvent également accueillir des internes. Ainsi, la loi HPST a ouvert les statuts à l'ensemble des établissements de santé, alors qu'auparavant le cadre était plus limité.

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

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH) Personnels temporaires (PHU) Personnels non titulaires (CCA/AHU)	Article L. 952-21 du Code de l'éducation. Articles 1 ^{er} des décrets n° 84-135 du 24/02/1984 et n° 90-92 du 24/01/1990	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article 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

■ Peu fréquent

■ Situation majoritaire

■ Situation impossible

Les personnels non médicaux

Les personnels non médicaux des établissements de santé publics relèvent de la fonction publique hospitalière. 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 avec ou sans but lucratif) et des clauses particulières dans leur contrat de travail.

Les groupements de coopération sanitaire

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée avait créé les groupements de coopération sanitaire (GCS) comme instruments de coopération entre les établissements publics et privés de santé (article L. 6133-1 et suivants du Code de la santé publique). La loi HPST a refondu le cadre juridique de ces groupements et l'article 108 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) a réintroduit le GCS de moyens, qui exploite les autorisations de ses membres. On distingue ainsi, selon leurs finalités, deux grandes catégories de GCS :

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

De plus, l'ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 relative à la constitution et au fonctionnement des GCS prise en application de l'article 201 de la LMSS est venue compléter et modifier ces dispositions. Elle prévoit que les GCS de moyens peuvent exploiter sur un site unique des autorisations détenues par un ou plusieurs de leurs membres.

Selon l'article L. 6321-2, un réseau de santé peut également se constituer en groupement de coopération sanitaire. Dans ce cas, le GCS-réseau de santé fonctionne de la même manière que le GCS de moyens et a pour membres ceux du réseau de santé.

Le GCS de moyens

Selon l'article L. 6133-1, le GCS de moyens « poursuit un but non lucratif ». Il « a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

- 1° organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche pour le compte de ses membres ;
- 2° réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun [...] ;
- 3° permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement ;
- 4° exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres ».

Lorsque l'objet du groupement est, notamment, de permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux, l'article L. 6133-6 prévoit que « les professionnels médicaux des établissements de santé, des hôpitaux des armées et des autres éléments du service de santé des armées ainsi que des centres de santé membres du groupement et les personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral membres du groupement peuvent assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé et, le cas échéant, des hôpitaux des armées membres du groupement et participer à la permanence des soins [...] ».

Un GCS de moyens peut également être titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd, ou être la structure juridique exploitant un laboratoire de biologie médicale. Le GCS peut également être autorisé à disposer d'une pharmacie à usage intérieur, comme indiqué par l'article L. 5126-2 du Code de la santé publique. Lorsque le décret d'application

de l'article 108 de la LMSS sera publié, un GCS de moyens pourra également exploiter les autorisations d'activités de soins détenues par l'un ou plusieurs de ses membres et pourra être autorisé par l'ARS à facturer les soins à l'Assurance maladie pour le compte de ses membres.

Le GCS de moyens permet des coopérations entre les secteurs sanitaire (établissements de santé), médico-social et de ville (professionnels libéraux, centres de santé, maisons de santé, etc.). Sa seule obligation est de comporter un établissement de santé. En effet, selon l'article L. 6133-2, « un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux [...], des centres de santé et des maisons de santé, des personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral. Il doit comprendre au moins un établissement de santé ». Par ailleurs, « des personnes physiques ou morales exerçant une profession libérale de santé autre que médicale et d'autres organismes concourant à l'activité du groupement peuvent être membres de ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé ». Des dispositions spécifiques existent, qui restreignent le champ des entités pouvant être membre d'un GCS de moyens lorsque celui-ci exploite les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres, ou lorsqu'un laboratoire de biologie médicale est exploité sous la forme d'un GCS de moyens.

Le GCS de moyens peut être employeur. Le statut juridique du groupement détermine alors les règles de recrutement des personnels médicaux et non médicaux. Par ailleurs, selon les articles R. 6133-6 et R. 6133-3, les établissements membres du GCS peuvent mettre à disposition du groupement leur personnel. Celui-ci peut également être détaché auprès du GCS (article R. 6152-51).

Selon l'article L. 6133-3, « le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive (voir ci-dessous) est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en assure la publication. Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication ».

Le GCS de moyens est une personne morale de droit public ou de droit privé selon les personnes qui le

composent. Ainsi, s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux, le GCS est de droit public. En revanche, le GCS est une personne morale de droit privé s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé. Par ailleurs, lorsque le GCS comporte à la fois des personnes de droit public et de droit privé, le choix du statut public ou privé relève de ses membres, sauf lorsque les membres privés sont des professionnels libéraux.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, le groupement est soumis aux règles de la comptabilité publique et il est doté d'un agent comptable nommé par un arrêté du ministre en charge du budget. Lorsque ce groupement est une personne morale de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes » (article L. 6133-5). Selon l'article L. 6133-4, « la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire de moyens définit son objet. Elle précise la répartition des droits statutaires de ses membres proportionnellement à leurs apports ou à leur participation aux charges de fonctionnement, ainsi que les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus de ses dettes. Elle détermine [...] les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement ».

Le GCS-établissement de santé

Le GCS-établissement de santé est généralement issu d'un GCS de moyens. Ainsi, « lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent », sous certaines conditions (article L. 6133-7). D'après l'article L. 6133-8, « lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé,

il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé ». Enfin, il est prévu dans l'article L. 6131-2 que « le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé [...] de créer un groupement de coopération sanitaire ». L'article L. 6133-9 prévoit que les conditions de dissolution d'un GCS sont fixées par décret.

Les groupements hospitaliers de territoires

La loi de modernisation de notre système de santé (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.

Les GHT sont constitués au 1^{er} juillet 2016. Ils sont 135. À compter de cette date, les établissements constituant le GHT devront progressivement :

- 1° élaborer leur projet médical partagé. Au 1^{er} janvier 2017, les établissements définissent des filières de prise en charge des patients au sein du GHT. Au 1^{er} juillet 2017, les établissements ont élaboré leur projet médical partagé ;
- 2° mutualiser certaines fonctions au sein d'un établissement support (système d'information hospitalier convergent, département d'information médicale de territoire, achats, coordination des écoles, instituts, et de la formation continue) ;
- 3° définir une organisation commune des activités médico-techniques.

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. Les ARS 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). Conformément à l'article L. 1431-2 du Code de la santé publique, les ARS « sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

1° de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé définie en application des articles L. 1411-1 et L. 1411-1-1, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. À ce titre :

- a) elles organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
- b) elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;
- c) sans préjudice de l'article L. 1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4 en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L. 1434-1 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.

2° 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, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. À ce titre :

- a) elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, et des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1^o et 3^o de l'article L. 314-3-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 du même code. 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 contribuent au 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 et des installations de chirurgie esthétique (mentionnées 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 mentionnés à l'article L. 113-3 du CASF ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux 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 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. À ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-2 et en évaluent l'efficacité ;
- 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 aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;
- g) dans les conditions prévues à l'article L.182-2-1-1 du Code de la sécurité sociale, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficacité 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, sur la base des informations mentionnées à l'article L. 6113-8. La personne publique désignée par l'État et mentionnée au premier alinéa du même article L. 6113-8 en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région ;
- h) en relation avec les autorités compétentes de l'État et les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel ;

- i) elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire ;
- j) elles sont chargées d'organiser les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, dans les conditions prévues aux 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) 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 ».

Les PRS et les schémas régionaux de santé (SRS, ex-SROS)

La loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) a rénové les projets régionaux de santé (PRS) afin d'en renforcer le caractère stratégique et l'opérationnalité. En application des articles L. 1434-1 et L. 1434-2, « le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre ». Il « est constitué :

1° d'un cadre d'orientation stratégique qui

détermine des objectifs généraux et les résultats attendus ;

2° d'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 médicosociales 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) mentionné à l'article L. 3131-11. Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 434-12, par les contrats territoriaux de santé mentale définis à l'article L. 3221-2 ou par les contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-10 ;

3° d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. 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 désormais 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 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 « dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours mentionnés à l'article L. 1411-11 et des soins de second recours mentionnés à l'article L. 1411-12. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux¹ » ;

- fixer :

- « a) Les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement de matériel lourd [...] ;

- b) les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

- c) 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 sociaux et médicosociaux » ;

- définir « l'offre d'examens de biologie médicale [...], en fonction des besoins de la population ».

Ces objectifs ne seront plus définis sur la base de territoires de santé, mais de zones du SRS se décomposant en zonages donnant lieu à la répartition des activités de soins et d'équipements de matériel lourd (EML) soumis à autorisation et en zonages 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 et/ou particulièrement élevée concernant l'offre de soins de ville mentionnées à l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique, qui devront être arrêtées par l'ARS en dehors de leur PRS.

La démocratie en santé, visant à renforcer les liens comme les échanges entre les professionnels et les usagers, se fera, elle, à l'échelle des territoires de démocratie sanitaire arrêtés par les ARS à l'échelle infrarégionale, niveau de représentation des conseils territoriaux de santé (CTS). Ceux-ci se substituent aux conférences de territoires réunissant l'ensemble des parties prenantes de ces territoires.

Encadré Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2017, 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, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- 4° psychiatrie ;
- 5° soins de suite et de réadaptation ;
- 7° soins de longue durée ;
- 8° greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;
- 9° traitement des grands brûlés ;
- 10° chirurgie cardiaque ;
- 11° activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
- 12° neurochirurgie ;
- 13° activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- 14° médecine d'urgence ;
- 15° réanimation ;
- 16° traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;



1. Les ARS ne peuvent contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de leviers financiers pour les y inciter.



- 17° activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
- 18° traitement du cancer ;
- 19° examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

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

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

1° Si l'établissement de santé prend en charge des enfants ou des adolescents, à titre exclusif ou non, ainsi que la ou les tranches d'âge de ces enfants parmi la liste suivante :

- les enfants de moins de six ans ;
- les enfants de plus de six ans ou les adolescents.

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

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

- affections de l'appareil locomoteur ;
- affections du système nerveux ;
- affections cardiovasculaires ;
- affections respiratoires ;
- affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ;
- affections onco-hématologiques ;
- affections des brûlés ;
- affections liées aux conduites addictives ;
- affections de la personne âgée polyopathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) les identifie à l'aide d'un triplet composé des éléments suivant : activité/modalité/forme. 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 2017, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants, d'après l'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.

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 à la fois 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) 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 lucratif 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 aux établissements ex-DG, ainsi 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 maladie (ONDAM) et non dans les dépenses hospitalières. Ces tarifs sont néanmoins calculés selon une méthodologie commune. Le périmètre de la T2A a été élargi aux établissements militaires (service de santé des armées [SSA]) depuis le 1^{er} janvier 2009 et aux établissements de Guyane depuis le 1^{er} janvier 2010, avec une mise en œuvre progressive aboutissant 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 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 qui a vocation à être mis en place, 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 dotation modulée à l'activité 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 1^{er} mars 2017 par une période transitoire, durant laquelle le financement des établissements de SSR combine les anciennes et les nouvelles modalités de financement :

- une part majoritaire est fondée sur la dotation annuelle de financement pour les établissements publics et privés à but non lucratif et sur les prix de journée pour les établissements privés à but lucratif et privés à but non lucratif ayant opté pour ce mode de tarification ;
- une part minoritaire est fondée sur la part « activité » de la dotation modulée à l'activité.

Les établissements de soins de suite et de réadaptation 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.

Afin de 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 a eu pour objectif de contrebalancer les limites de la T2A pour les établissements dont l'activité, bien qu'indispensable, est insuffisante pour équilibrer le financement. Il repose sur la fixation de critères objectifs permettant de qualifier l'isolement. Le forfait « activités isolées » vient ainsi compléter le modèle de financement en T2A et 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 à travers 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 1^{er} 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.

Pour mieux tenir compte de la qualité et de la pertinence des soins produits par les établissements de santé, plusieurs dispositions nouvelles ont été prises :
- 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 à 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 a pour effet 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 ;

- l'article 41 de la LFSS pour 2014 a prévu la mise en œuvre d'un mécanisme de dégressivité tarifaire. Ce mécanisme a été appliqué pour la première fois en 2015 sur une liste de 24 activités ciblées.

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).

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, ainsi qu'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 ne sera toutefois effective qu'à compter de la campagne tarifaire 2018.

L'ONDAM hospitalier

Depuis 2006, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est divisé en deux sous-objectifs hospitaliers distincts (les 2^e et 3^e sous-objectifs de l'ONDAM), en fonction du type de dépenses des établissements de santé : celles qui relèvent de la tarification à l'activité et les autres dépenses relatives

aux établissements de santé (schéma et tableau 2)². Le deuxième sous-objectif de l'ONDAM (établissements relevant de la T2A) est composé de deux 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, 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, défini par l'article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale, 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. La liste des missions d'intérêt général est fixée par arrêté.

Le troisième sous-objectif (autres établissements) agrège les dépenses de psychiatrie, de SSR, des unités de soins de longue durée (USLD), ainsi que celles du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). ■

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'ONDAM

En millions d'euros

		Dépenses hospitalières dans l'ONDAM, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, USLD, etc.	T2A	T2A dont ODMCO	T2A dont 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

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 ; T2A : tarification à l'activité ; ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique, 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 pas les crédits venus abonder le FIR, lequel est devenu un sous-objectif à part entière au sein de l'ONDAM à compter de 2014.

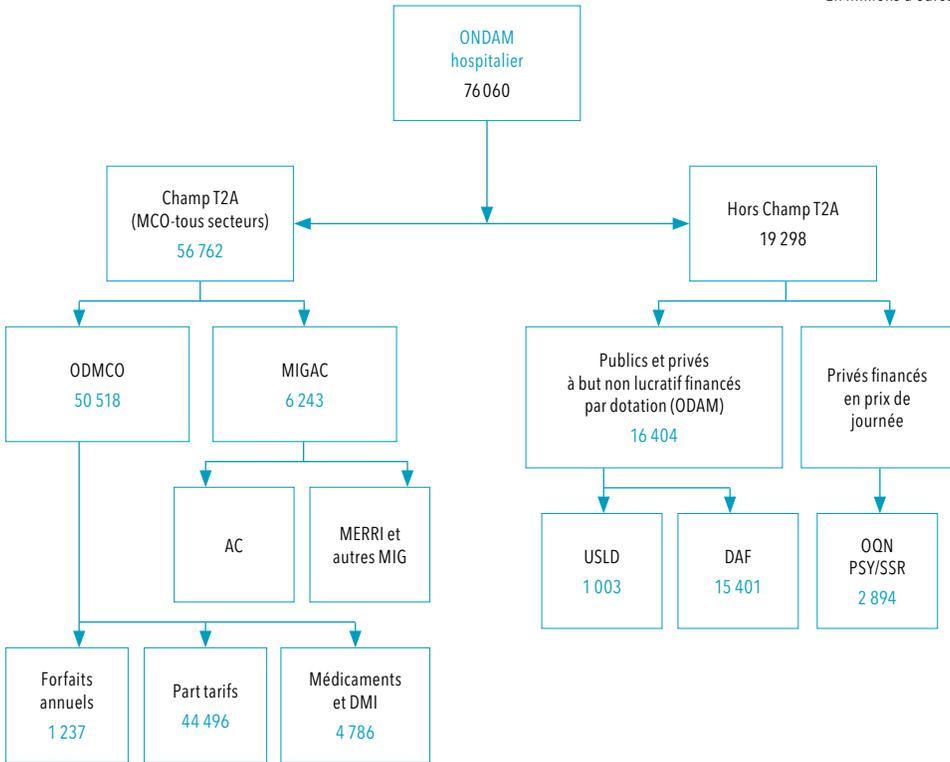
Champ > Données hors fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et champ non régulé.

Sources > Dépenses constatées : ATIH, analyse de l'activité hospitalière. Objectifs 2016 : DGOS.

2. Il convient de préciser qu'en LFSS, pour 2017, le sous-objectif relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité (2^e sous-objectif) et celui des autres dépenses relatives aux établissements de santé (3^e sous-objectif) ont été fusionnés en un seul sous-objectif hospitalier.

Schéma La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2015¹

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, recherche, référence et innovation ; MIG : missions d'intérêt général ; AC : aide à la contractualisation ; ODAM : objectif des dépenses d'assurance maladie ; DMI : dispositifs médicaux implantables ; USLD : unité de soins de longue durée ; DAF : dotation annuelle de financement ; OQN PSY/SSR : objectif quantifié national, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation.

1. Objectifs, hors fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et champ non régulé.

Source > DGOS.

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Description

En 1975, il existait déjà une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés, renouvelée en 1985. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en tant que telle est mise en place en 1994, et refondue en 2000 et en 2013. Les objectifs de la première refonte étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs et de tenir compte de la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). Les objectifs de la seconde refonte (en 2013) étaient d'améliorer la connaissance du système médical pour répondre aux besoins des utilisateurs, 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-MCO et du programme de médicalisation des systèmes d'information relatif à l'hospitalisation à domicile (PMSI-HAD).

La SAE permet de rendre compte de l'organisation des soins, de caractériser de façon plus précise les établissements, de disposer d'indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation, et d'avoir un recueil d'informations homogène entre les secteurs public et privé. La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (Métropole et DOM), incluant les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins¹. 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. Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- identification, structure et organisation de l'établissement de santé ;
- équipements et activité ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

Les bordereaux sur les activités de soins sont articulés autour de quatre parties : capacités, activité, équipement et personnel. Depuis la refonte de la SAE pour les données 2013, certaines données d'activité, qui étaient 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). 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.

Le mode d'interrogation de la SAE

De manière générale, 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 qu'à la refonte de 2000 le recueil de l'information s'effectuait au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics.

1. Les activités de soins d'assistance médicale à la procréation (AMP), de transplantation et prélèvement d'organes font l'objet de recueils d'informations distincts et ne sont pas concernées.

2. www.sae-diffusion.sante.gouv.fr et www.sante.gouv.fr, rubrique Open data, Établissements de santé.

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), qui sera 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. Ils permettent également d'agréger des informations par patient grâce à une clé de chaînage (numéro anonyme permanent et unique attribué à chaque patient, fondé 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 restreint 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 utilisées pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation

mondiale de la santé (OMS), éventuellement complétées d'extensions ATIH pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM). La version V11g de la classification des GHM est utilisée dans cet ouvrage. La nomenclature des GHM en V11g comportant près de 2 600 postes, des regroupements ont été effectués en utilisant une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à regrouper les GHM en groupes d'activité, eux-mêmes regroupés en groupes de planification, puis en domaines d'activité. Ces groupes tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (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 de ces écarts peuvent notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité en MCO. Certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, entre autres, n'y répondent pas. Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements au PMSI-MCO. Du fait 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 près de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogène avec la SAE.

• Quelques nuances dans les définitions entre les deux sources

La mesure de l'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en séjours et en journées. La rénovation de la SAE au début des années 2000 a eu notamment pour but de rapprocher

ces concepts entre le PMSI-MCO et la SAE. 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 près de leur mère) sont ainsi exclus du PMSI-MCO. 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. On s'appuie alors, pour préremplir certaines variables d'activité de la SAE, sur la répartition de l'activité du PMSI-MCO, que permet le typage des unités médicales du PMSI entre unités médicales d'hospitalisation complète et unités médicales d'hospitalisation partielle. 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 sera nulle et le séjour sera classé en hospitalisation partielle quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Un séjour comportant au moins une nuit sera

classé en hospitalisation complète. 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 ou odontologie). Un séjour est chirurgical lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré ; il est médical si le lit est catalogué en médecine. Ce classement est cohérent avec la logique de la SAE, qui est orientée vers l'analyse des moyens (facteurs de production) mobilisés pour un malade, et se fonde là aussi sur le typage des unités médicales dans le PMSI, entre unités de médecine, de chirurgie, obstétrique ou odontologie. Dans les fiches de cet ouvrage décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers, l'optique est davantage de décrire les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en obstétrique. L'affectation se fera en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de médical. 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, au niveau national et régional, d'une description des caractéristiques des patients. Depuis le décret du 17 avril 2008, les conditions techniques de fonctionnement et d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ont évolué. On ne distingue plus les soins de suite de ceux de rééducation et de réadaptation, mais une modalité unique d'activité en SSR, qui peut se développer dans le cadre de plusieurs prises

en charge. D'une part, les prises en charge spécialisées des conséquences fonctionnelles d'un certain nombre d'affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardiovasculaire, respiratoire, etc.), d'autre part, les prises en charge des populations (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,

Tableau 1 Répartition du nombre de séjours en fonction du lieu d'hospitalisation et de l'activité réalisée en 2015

En milliers

Lieux des hospitalisations (issus 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	5 011	952	2 003	46
Médecine	358	5 326	1 065	26
Gynécologie-obstétrique	176	130	38	1 184
Dialyse	0	2	1	0
Urgence	15	1 111	8	2

Lecture > La majorité des séjours se déroulant dans une unité médicale de chirurgie sont accompagnés d'un acte de chirurgie (5 011 milliers) ou d'un acte interventionnel (2 003 milliers), mais 952 milliers sont des séjours de médecine et 46 milliers des séjours d'obstétrique.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris les SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, 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 nuitée) en 2015

En milliers

Modes d'hospitalisation (issus 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)	10 702	9 548	1 154
Mixte (HC/HP) ¹	978	635	343
Hospitalisation partielle (HP)	5 776	57	5 719

1. Lors du typage des unités médicales dans le PMSI, pour certaines unités médicales, le mode d'hospitalisation n'est pas pré-défini comme complet ou partiel, et la possibilité est laissée aux établissements de définir le mode d'hospitalisation de l'unité médicale comme étant mixte entre hospitalisation complète et hospitalisation partielle (c'est le cas, par exemple, des unités de médecine gériatrique ou pédiatrique (UM 27 et 28)).

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris les SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

morbidity, 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, 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 morbidité secondaire. La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les RHS dans 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, de capacité, d'équipement et de personnel des deux sources. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation. En 2015, la couverture du PMSI-SSR est quasi exhaustive, à treize établissements près. Par ailleurs, depuis 2013, on considère que les structures ne fournissant pas

de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale de SSR (0,3 % des journées), et on ne pondère plus le PMSI 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 est assurée. La SAE mesure tous les séjours, qu'ils aient commencé en 2015 ou avant, et qu'ils se soient terminés en 2015 ou non. La méthode de décompte des journées est également identique entre la SAE et 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, au niveau national et régional, 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. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures pratiquant l'HAD. En 2015, la couverture du PMSI-HAD est quasi exhaustive, à trois établissements près. Par ailleurs, les structures ne fournissant pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale d'HAD. En outre, afin de corriger

la non-réponse sur certaines variables, d'autres traitements sont effectués sur les caractéristiques individuelles, notamment sur les prises en charge liées à la périnatalité et les incohérences entre âge du patient et mode de prise en charge principal. Enfin, les durées de séjour sont recalculées. 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, a été mis en place en 2006, puis généralisé en 2007 par l'ATIH à 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 concernant les caractéristiques des 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 ». Les prises en charge ambulatoires (réalisées dans des établissements publics et des établissements 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 finement 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, on peut construire des statistiques d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents le 31 décembre de l'année pour aboutir à une statistique d'effectifs, soit en 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'effectifs de la SAE et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si, par exemple, au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, on recensera deux postes (un dans chaque établissement) dans les DADS – Grand format ou dans le SIASP, un seul finissant au 31 décembre. En revanche, au sens de la SAE, on recensera un seul emploi présent au 31 décembre, 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, on compte les effectifs comme le nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre et les ETP sont des ETP moyens annuels (moyenne des ETP moyens 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 le personnel des établissements sanitaires uniquement, à l'exclusion des emplois des établissements médico-sociaux et de formation dépendant d'entités juridiques sanitaires.

Condition d'emploi : un poste est dit à temps complet (ou à temps plein) dans le SIASP si le salarié effectue le nombre d'heures journalier conforme à la durée légale. Un poste est dit à temps partiel dans les autres cas (sous condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables).

Salaire net annuel moyen (SNA) : il est calculé à partir du revenu net fiscal disponible dans 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 ce qu'aurait perçu 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 et de la quotité travaillées 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 Altares pour les cliniques privées à but lucratif. Ces dernières déposent leurs liasses fiscales auprès des greffes des tribunaux de commerce. Pour les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC), ce sont les données de l'enquête Comptes financiers, réalisée par l'ATIH, qui sont utilisées.

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, qui est une 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).

Bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

Initié dans les années 1990 et généralisé au début des années 2000, le bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (bilan LIN) a été piloté conjointement par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), puis par la seule Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Le bilan LIN servait alors à établir le tableau de bord des infections nosocomiales (TBIN), diffusé publiquement à partir de 2006. Le bilan LIN porte sur l'organisation, les

moyens et les actions de la lutte contre les infections, ou sur l'hygiène des mains. Il est saisi par les établissements de santé sur une plateforme dédiée de l'ATIH (bilan LIN). Le calcul de certains indicateurs s'appuie sur des données issues de la SAE. À l'issue de chaque recueil annuel, les agences régionales de santé (ARS) contrôlent les données dans 10 % des établissements concernés.

Les indicateurs du TBIN relatifs à l'année 2015 ont été intégrés aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la Haute autorité de santé (HAS). Le TBIN est renommé et devient le thème « Infections associées aux soins » (IAS) pour dépasser le cadre des infections strictement hospitalières, en cohérence avec le programme national de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS). ■

Dans cette publication, et sauf mention contraire, les données sur les capacités, quelle que soit la discipline, et les données sur les activités de psychiatrie et de soins de longue durée sont issues de la SAE. Les données sur l'activité de médecine, chirurgie obstétrique et odontologie, d'hospitalisation à domicile et de soins de suite et de réadaptation, les caractéristiques des séjours sont, elles, issues du PMSI-MCO, du PMSI-HAD et du PMSI-SSR. Les séances ne sont pas comptabilisées dans l'activité en hospitalisation complète ou partielle, de même que les consultations.

Annexe 3

Liste des sigles

A

AC : aide à la contractualisation
AE : affection étiologique
AHU : assistant hospitalier universitaire
ALD : affection de longue durée
AMP : assistance médicale à la procréation
APE (code) : activité principale exercée
AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
ATC (classification) : anatomique thérapeutique et chimique
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVQ : activités de la vie quotidienne

B

BN-SARM (indicateur de) : bactériémies nosocomiales à staphylococcus aureus résistant à la méticilline

C

CA : chiffre d'affaires
CAF : capacité d'autofinancement
CAS : catégorie d'activités de soins
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CATP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCA : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux
CCAM : classification commune des actes médicaux
CdARR : catalogue des activités de rééducation réadaptation
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
CMC : catégorie majeure clinique
CMD : catégorie majeure de diagnostic
CMP : centre médico-psychologique
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale
CSARR : catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CSG : contribution sociale généralisée
CSP : Code de la santé publique
CPEF : centre de planification ou d'éducation familiale
CTS : conseil territorial de santé

D

DADS : déclarations annuelles 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
DMA : dotation modulée à l'activité
DMI : dispositifs médicaux implantables
DMS : durée moyenne de séjour
DROM : départements et régions d'outre-mer

E

EBE : excédent brut d'exploitation
ECN : épreuves classantes nationales
EJ : entité juridique
EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EML : équipements de matériel lourd
EMSP : équipe mobile de soins palliatifs
ENC : étude nationale de coûts
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ET : établissement géographique
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
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 séjour
GHT : groupement hospitalier de territoire
GME : groupes médico-économiques
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

I

IAS (thème) : infections associées aux soins
ICA-BMR : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes
ICALIN.2 : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2
ICATB.2 : indicateur composite de bon usage des antibiotiques version 2
ICSHA.2 : indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques version 2

IFAQ : incitation financière à l'amélioration de la qualité
IMG : interruption médicale de grossesse
IN : infections nosocomiales
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IRM : imagerie par résonance magnétique
ISBLSM : institutions 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, odontologie
MCU-PH : maître de conférences des universités-praticien hospitalier
MECS : maison d'enfants à caractère sanitaire
MERRI : mission d'enseignement, recherche, référence et innovation
MIG : mission d'intérêt général
MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MMP : manifestation morbide principale
MSA : Mutualité sociale agricole
MSP : mission de service public

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

ODAM : objectif des dépenses d'assurance maladie
ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national des dépenses d'Assurance maladie
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
PH : praticien hospitalier
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
PRS : projet régional de santé
PSPH : participant au service public hospitalier
PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier

R

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
SAMU : service d’aide médicale urgente
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
SNIIRAM : système national d’information interrégimes d’assurance maladie
SPH : service public hospitalier
SROS : schéma régional d’organisation des soins

SROSM : schéma régional d’organisation médico-social
SRP : schéma régional de prévention
SRS : schéma régional de santé
SSA : service de santé des armées
SSAD : service de soins et d’aide à domicile
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation

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 : unités de formation et de recherche
USLD : unité de soins de longue durée
USP : unité de soins palliatifs

V

VIH : virus d’immunodéficience humaine

Les établissements de santé

ÉDITION 2017

En 2015, plus de 3 000 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières s'adaptent et modifient en profondeur leurs modes d'intervention et leur organisation.

Les établissements de santé donnent les chiffres clés de ce secteur, qui doit répondre simultanément à des besoins très différents. Les capacités et l'activité des hôpitaux et cliniques sont détaillées, ainsi que leurs disciplines spécifiques et leur personnel, médical et non médical. Des éléments de cadrage économique, financier et juridique sont également développés.

Cette nouvelle édition est enrichie par une analyse des dépenses dédiées aux produits de la liste, dite en sus, des médicaments et dispositifs médicaux pris en charge par l'Assurance maladie en plus des prestations d'hospitalisation.

Dans la même collection **SANTÉ**

- La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties
- Les dépenses de santé
- Portrait des professionnels de santé

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr

