



# Erétudes et Résultats

N° 633 • avril 2008

## Hôpitaux et cliniques en mouvement

Changements d'organisation de l'offre de soins  
et évolution de l'attente des patients

Les établissements de santé sont confrontés à des évolutions majeures à la fois dans la planification sanitaire, dans leur mode de financement et pour les hôpitaux publics, dans leur organisation interne. L'enquête « Changements Organisationnels et Informatisation », menée en 2007 auprès des établissements de santé, publics et privés, fournit une mesure de l'impact des transformations en cours.

Les évolutions récentes de l'organisation interne, du système d'information des établissements hospitaliers, mais aussi des partenariats externes, apparaissent très rapides. En 2007, 95 % des établissements appartiennent à un réseau, partenariat ou structure de coopération. Les partenariats pour hospitalisation ou pour soins infirmiers à domicile ont doublé en quatre ans (60 % en 2007 contre 30 % en 2003).

Ces quatre dernières années, 70 % des établissements ont modifié la prise en charge des patients avec l'augmentation de l'activité ambulatoire et 80 % ont développé les activités transversales telles que la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

Parallèlement, on assiste à une montée en charge des procédures liées à l'exigence d'une meilleure sécurité sanitaire et à la demande de plus en plus forte des patients et de leur famille d'être mieux informés.

### Marie CORDIER

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité  
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative  
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

**L**ES ÉTABLISSEMENTS de santé ont été récemment confrontés à des évolutions majeures, à la fois dans la planification sanitaire, dans leur mode de financement et pour les hôpitaux publics, dans leur organisation interne avec la « réforme de la gouvernance hospitalière » (encadré 1). La mise en place des Schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération 2006-2010 (SROS III) s'accompagne de la suppression de la carte sanitaire remplacée par une planification reposant sur des objectifs quantifiés régionaux en termes d'activités. Elle est associée à des contrats conclus entre les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les établissements. Ces contrats portent sur les objectifs et les moyens des établissements.

Après une phase d'évaluation de l'adéquation entre l'offre de soins existante et les besoins de santé, les Schémas régionaux d'organisation sanitaire définissent les objectifs en termes d'activité de soins, ainsi que de regroupements en réseaux ou de coopérations d'établissements de santé. Le contrat d'objectifs et de moyens, signé entre l'établissement et l'ARH détermine les orientations stratégiques de chaque établissement. Il définit notamment les transformations d'activités de l'établissement ainsi que ses modes de coopération. Neuf établissements sur dix ont signé un contrat d'objectifs et de moyen, les trois quarts de ces contrats ayant été signés après 2005. Dans le cadre de cette démarche générale, les établissements doivent élaborer des projets d'établissement prenant en compte les différents domaines : médical, soins infirmiers, recherche biomédicale, gestion et système d'information. D'après l'enquête, six établissements sur dix ont élaboré un projet d'établissement depuis 2003.

La mise en place progressive de la tarification à l'activité (T2A) tend à harmoniser, depuis 2004, les modalités de financement des établissements publics et privés pour l'activité de court séjour (encadré 2).

C'est dans ce contexte que l'enquête « Changements Organisationnels et Informatisation » (encadré 3) s'efforce de cerner l'impact des transformations

en cours au sein des établissements de santé.

### **95 % des établissements de santé appartiennent à un réseau, partenariat ou structure de coopération**

Un des objectifs des SROS III (encadré 4) est d'assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité (médecine, permanence des soins, prise en charge des personnes âgées, etc.) et de veiller à ce que cette organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique. Le développement des réseaux de santé y est fortement encouragé<sup>1</sup>.

En 2007, la quasi-totalité (95 %) des établissements appartient à une structure de coopération telle qu'un groupement de coopération sanitaire, un réseau inter-établissements ville-hôpital, ou à un partenariat pour hospitalisation à domicile et soins infirmiers à domicile. Ces réseaux, partenariats ou structures de coopération se sont fortement développés en quatre ans, l'augmentation du nombre et de la durée des prises en charge des personnes âgées, incitant notamment les établissements à réorganiser les filières de prise en charge. Les coopérations entre les établissements sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux se développent, ainsi qu'entre les établissements des différents secteurs, publics et privés.

Les réseaux de soins entre établissements sont les plus répandus, ils concernent 85 % des établissements, publics ou privés, et la quasi-totalité des hôpitaux publics de plus de 800 salariés. À cet égard, depuis 2003 l'évolution est surtout le fait des établissements privés, à but lucratif ou non, de toute taille, qui ont intégré un réseau de soins avec un autre établissement. Les trois quarts des établissements publics en font déjà partie. En 2007, ils sont 85 % dans le secteur privé à but non lucratif et 80 % dans les cliniques privées, contre 60 % et 50 % en 2003.

Depuis 2003, les partenariats pour hospitalisation à domicile, ou pour soins infirmiers à domicile ont connu la plus forte progression. En 2007, 60 % des établissements ont mis en place un de ces partenariats, deux fois plus qu'en 2003 (tableau 1).

<sup>1</sup>. Circulaire DHOS/O n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

## Depuis 2003, les établissements se recentrent sur l'activité de soins

Parallèlement à leur insertion dans des structures de coopération ou des réseaux de soins, les établissements hospitaliers externalisent ou mutualisent la gestion de fonctions comme l'hôtellerie, les activités techniques ou médico-techniques. Ces fonctions peuvent être prises en charge par un prestataire extérieur, dans le cadre d'un réseau ou d'une structure de coopération.

En 2007, les cliniques privées ont plus souvent recours à des prestataires

extérieurs pour certaines de leurs activités : 90 % externalisent la fonction « restauration, linge et déchets » pour partie ou en totalité ; 75 % les prestations techniques telles que la maintenance, les réparations ou la sécurité des bâtiments ; 50 % les activités médico-techniques (radiologie, laboratoire, blocs, etc.). Les réseaux ou structures de coopération sont davantage utilisés par les hôpitaux publics pour gérer certaines de leurs fonctions. Dans le secteur public, 25 % des établissements gèrent la fonction « restauration, linge et déchets » en réseaux, et 20 % la fonction « achats,

approvisionnements ». Les cliniques privées utilisent, pour 20 % d'entre elles, leurs réseaux pour gérer les activités médico-techniques (graphiques 1 et 2).

Depuis 2003, l'ensemble des secteurs a développé l'externalisation de la fonction « restauration, linge et déchets », avec une augmentation de 5 points pour chacun des secteurs. L'ensemble du secteur privé a davantage externalisé les prestations techniques, le secteur privé à but non lucratif passant de 50 % à 55 %, se rapprochant ainsi des hôpitaux publics (60 %). Les activités médico-

■ TABLEAU 1

### Réseaux, structures de coopération et partenariats des établissements de santé, entre 2003 et 2007

En %

	2007				2003			
	Ensemble	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Ensemble	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif
<b>Établissements appartenant à ...</b>								
... une structure de coopération	55,8	71,7	54,2	41,1	34,4	50,2	27,5	21,5
... un réseau de soins avec d'autres établissements	83,7	88,4	83,8	79,1	61,4	73,5	57,9	51,1
... un réseau de soins ville-hôpital	46,9	59,5	53,7	32,5	26,8	39,6	27,2	14,3
... des partenariats pour hospitalisation à domicile, soins infirmiers à domicile, etc.	60,8	65,9	73,3	51,7	31,6	35,8	48,8	22,0
Établissements appartenant à un réseau*	17,2	9,7	9,8	26,9	31,0	25,1	33,4	35,9
Établissements appartenant à deux réseaux*	22,8	20,1	26,0	24,2	22,0	26,5	24,7	16,8
Établissements appartenant à trois réseaux* ou plus	54,5	67,3	60,8	40,1	24,0	35,9	24,0	12,6
Établissements n'appartenant à aucun réseau*	5,5	2,9	3,3	8,8	23,0	12,6	18,0	34,7

\* Réseau, partenariat ou structure de coopération.

**Lecture** • En 2007, 46,9 % des établissements appartiennent à un réseau de soin ville-hôpital.

**Champ** • France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

**Sources** • Enquête statistique publique COI-H 2007, DREES, CEE.

### ■ ENCADRÉ 1

#### « La réforme de la gouvernance hospitalière » : une réforme de l'organisation des hôpitaux publics

La nouvelle gouvernance est mise en place dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux. Cette réforme implique une structuration des établissements en pôles<sup>1</sup>, sous-ensembles de l'hôpital, caractérisés généralement par une activité relativement homogène. Ils sont sous la responsabilité d'un groupe pluri-métiers composé de médecins, de cadres de santé et de personnels administratifs. La gestion des pôles peut par exemple impliquer le lissage des admissions, l'organisation d'une filière, la construction de tableaux de bord, la mutualisation des ressources humaines.

En 2007, 90 % des hôpitaux ont mis en place un conseil exécutif, dont le directeur des soins fait très majoritairement partie et 80 % ont mis en place leurs pôles. La moitié des établissements ont été fortement impactés par la mise en place de la gouvernance hospitalière, qui réforme l'organisation et le fonctionnement des établissements publics. Cette réforme a particulièrement eu un impact sur les établissements de plus de 800 salariés. Ces derniers déclarent, en effet, plus souvent que les autres avoir subi une refonte de leur organigramme en raison de la nouvelle gouvernance. Pour les petits établissements, il est possible que les services existants constituent à eux seuls les pôles. « La structuration en pôles appa-

raît comme un changement concernant plus particulièrement les grands hôpitaux, tandis qu'elle ne fait pas toujours sens dans les unités plus petites »<sup>2</sup>.

La moitié des établissements ont rencontré des difficultés avec la nouvelle gouvernance, qu'ils attribuent à des moyens humains insuffisants. Près de huit établissements sur dix ont consulté les représentants du personnel et six établissements sur dix ont organisé un groupe de projet, de travail ou de suivi afin de mettre en œuvre ce changement. Le personnel a été formé au changement dans la moitié des établissements, un établissement sur quatre déclarant des difficultés d'adaptation ou d'utilisation par les salariés.

<sup>1</sup> Les établissements constituent les pôles d'activité prévus à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique avant le 31 décembre 2006. Les responsables de pôles ont la possibilité de signer avec le directeur d'établissement une délégation de gestion, plus ou moins étendue pouvant concerner l'achat d'équipements, l'embauche du personnel, etc.

<sup>2</sup> Gheorghiu M. (CEE-CSE), Guillemot D. (CEE), Moatty F. (CEE-TEPP - FR n° 3126, CNRS), 2007, « Préparation de l'enquête COI - les changements organisationnels et leurs outils : entretiens avec les dirigeants d'hôpitaux », Document de travail Série Études, DREES, n° 72, novembre.

2. Champ : France Métropolitaine. Sources : DHOS, DREES, SAE et PMSI 2003-2006, données statistiques. Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2007, « L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, DREES, n° 618, décembre.

techniques ont surtout été externalisées par le secteur privé à but non lucratif (40 % en 2007 contre 30 % en 2003). La gestion en réseaux ou structures de coopération s'est renforcée dans les hôpitaux publics, avec une augmentation de respectivement 10 points et 5 points pour les fonctions « restauration, linge et déchets » et « achats, approvisionnement ». Les évolutions de ce type ont été moins marquées dans le secteur privé.

Le financement des établissements basé sur une tarification à l'activité peut en inciter certains à se concentrer

sur leur activité de soins. Il est possible que l'on assiste dans les prochaines années à un renforcement de l'externalisation, ou de la gestion en réseaux de fonctions autres que celles de soins, notamment pour les établissements qui étaient sous dotation globale.

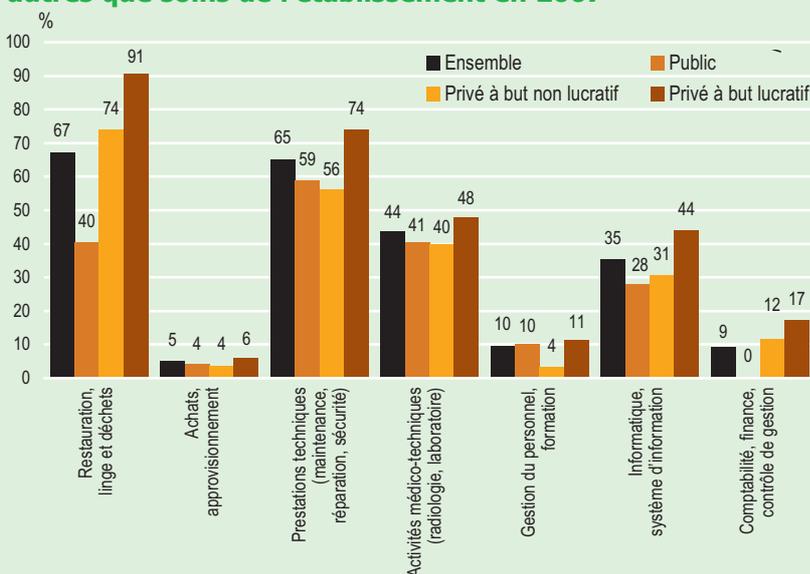
### Évolutions dans la prise en charge des usagers avec le développement de l'activité ambulatoire et des activités transversales

En quatre ans, 70 % des établissements déclarent avoir développé leur

activité ambulatoire, en particulier dans les cliniques privées (80 %). Ces dernières années, la prise en charge hospitalière de jour a fortement progressé, en raison de multiples facteurs, parmi lesquels les politiques de prise en charge de proximité et de développement des alternatives à l'hospitalisation, l'évolution des techniques chirurgicales, ainsi que la meilleure prise en compte des besoins des patients. Entre 2003 et 2006, l'activité ambulatoire des établissements ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique a augmenté de 26,8 %<sup>2</sup>.

GRAPHIQUE 1

### Externalisation des principales fonctions autres que soins de l'établissement en 2007



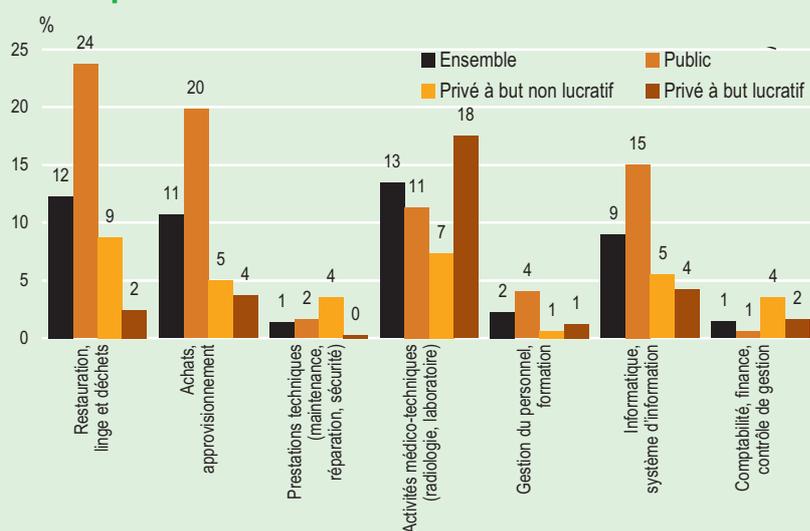
**Lecture** • 67% des établissements confient à un sous-traitants ou un prestataire la fonction « restauration, linge et déchets », en partie ou en totalité.

**Champ** • France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

**Sources** • Enquête statistique publique COI-H 2007, DREES, CEE.

GRAPHIQUE 2

### Gestion en réseaux\* des principales fonctions autres que soins de l'établissement en 2007



\* Réseau, partenariat ou structure de coopération.

**Lecture** • 12 % des établissements gèrent tout ou partie de la fonction « restauration, linge et déchets », au sein d'un réseau, partenariat ou structure de coopération.

**Champ** • France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

**Sources** • Enquête statistique publique COI-H 2007, DREES, CEE.

Cette augmentation est plus marquée pour les établissements privés à but lucratif (33,1 %) que dans le secteur privé à but non lucratif (23,9 %) ou les hôpitaux publics (21,3 %).

En outre, huit établissements sur dix ont déclaré le développement d'activités transversales, telles que la prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs, en application des plans de santé publique (plan cancer, plan douleur, etc.). Un établissement sur deux a élargi ses activités ou s'est ouvert à d'autres spécialités. À l'inverse, 20 % des établissements ont transféré cer-

taines de leurs activités à d'autres établissements hospitaliers et 10 % ont supprimé une ou plusieurs activités, ces recompositions d'activités étant plus marquées dans le secteur privé à but non lucratif (respectivement 30 % et 20 %). Enfin, 20 % des établissements ont fusionné partiellement ou totalement avec un autre établissement, particulièrement dans le secteur privé à but lucratif (25 %) ou non lucratif (15 %) et dans une moindre mesure dans le secteur public (10 %) (tableau 2). Les établissements ont davantage été incités à modifier leur

activité (transferts, fusions totales ou partielles, suppressions), lorsqu'ils étaient en situation de concurrence locale.

### Un meilleur pilotage de l'établissement : des outils de suivi qui se généralisent et s'informatisent

Depuis la mise en place de la T2A, les établissements, notamment au sein des secteurs à but non lucratif, sont incités à piloter plus finement leur activité et à mettre en place des dispositifs de gestion.

## ENCADRÉ 2

### La mise en place de la T2A

Neuf établissements sur dix ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique déclarent un impact fort ou très fort de la mise en place de la T2A. Ce changement est plus ressenti dans les établissements publics, notamment ceux de plus de 800 salariés. Les établissements publics et privés à but non lucratif passent en effet d'un financement par dotation globale à un financement à l'activité, alors que les cliniques privées étaient déjà financées par un système de paiement mixte à l'acte et à la journée, plus proche d'un paiement à l'activité.

#### Des difficultés budgétaires et techniques déclarées

Six établissements sur dix déclarent avoir rencontré des difficultés budgétaires pour mettre en place la T2A. Cette difficulté est plus souvent énoncée par les cliniques privées, même si, en 2005, la situation économique de ce secteur s'améliore alors que celle du secteur hospitalier public se dégrade<sup>1</sup>.

Parmi les établissements anciennement sous dotation globale, 60 % des établissements ont rencontré des difficultés techniques, comme un système d'information inadapté. Les cliniques privées, déjà financées par un système de paiement mixte à l'acte et à la journée, étaient sans doute techniquement mieux préparées à cette évolution, même si une sur deux met en avant des problèmes techniques.

De plus, la moitié des établissements anciennement sous dotation globale déclarent des moyens humains insuffisants ou des difficultés de gestion du personnel, tel que l'absentéisme, le turn-over ou des difficultés de recrutement. Seul un quart des cliniques privées se disent concernées par ces difficultés.

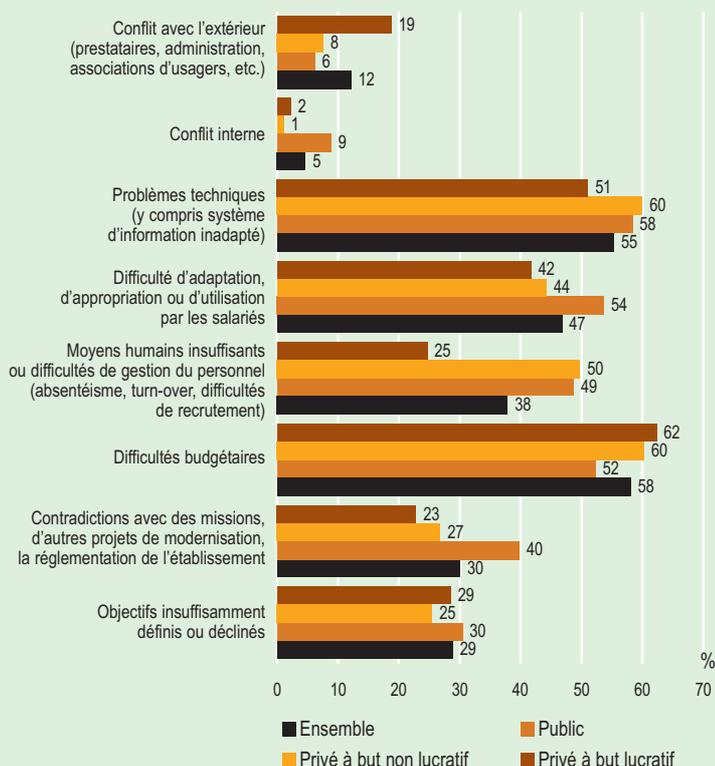
Pour mettre en place la T2A et gérer les difficultés rencontrées, neuf établissements sur dix ont mené des actions de formation de leur personnel. Trois établissements sur quatre se sont également appuyés sur des dispositifs ou outils spécifiques de suivi, en particulier dans les cliniques privées. Beaucoup plus souvent que les autres, ces dernières ont également eu recours à un consultant externe (graphique ci-contre).

#### Une organisation de plus en plus décentralisée du codage de l'activité médicale

La T2A rend nécessaire de collecter rapidement des données d'activité fiables, ce qui incite les établissements à coder leur activité au plus près des lieux où elle est réalisée. Ainsi, entre 2003 et 2007, le codage de l'activité hospitalière est de plus en plus géré à la source, de manière totale ou partielle. Parallèlement, le codage de l'activité médicale totalement centralisé, généralement dans les départements d'information médicale (DIM)<sup>2</sup>, est en recul entre 2003 et 2007 pour les trois secteurs. En 2003 et surtout en 2007, la gestion de l'activité médicale est plus centralisée au sein du secteur privé à but lucratif, pour partie en lien avec la taille plus petite des cliniques privées, par rapport notamment aux hôpitaux publics.

En parallèle de ces évolutions, les outils d'assistance au codage des diagnostics et actes médicaux se sont fortement développés. Désormais, 86 % des établissements concernés par la T2A les utilisent. Ils étaient 46 % en 2003.

### Difficultés déclarées de mise en place de la T2A



**Lecture** • 58 % des établissements déclarent avoir rencontré des difficultés budgétaires pour la mise en place de la T2A.

**Champ** • France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) ; CLCC, établissements privés spécialisés en MCO.

**Sources** • Enquête statistique publique COI-H 2007, DREES, CEE.

1. Dumontaux N., Le Rhun B., Legendre M.C., Villeret S., 2007, « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 618, décembre.

2. Le Département d'information médicale a la vocation d'être un lieu privilégié de l'information hospitalière. Avec ses outils informatiques et ses compétences, il est au service de tous les acteurs hospitaliers, pour ce qui concerne notamment : la connaissance des activités cliniques ; la liaison entre les données économiques et médicales ; le suivi des soins infirmiers.

En 2007, 80 % des établissements utilisent des tableaux de bords ou de reporting pour le pilotage ou la planification de l'activité (70 % dans le secteur public, 90 % dans le secteur privé). Depuis 2003, ce sont les secteurs publics et privés à but non lucratifs qui ont le plus développé ces outils réduisant ainsi l'écart avec le secteur privé à but lucratif. 80 % des établissements ayant un service d'urgences, principalement des établissements publics, disposent d'un outil de suivi des passages dans les urgences (deux fois plus qu'en 2003)<sup>3</sup>. En outre, 60 % des établissements ont mis en place un outil de suivi en temps réel de l'occupation des lits (contre 35 % en 2003). En 2007, 60 % des établissements du secteur public et privé à but non lucratif et 55 % des cliniques privées disposent de cet outil de suivi. L'informatisation du circuit du médicament dans son ensemble<sup>4</sup> concerne à présent 25 % des établissements, elle est mise en place par 30 % des hôpitaux publics et 20 % des établissements du secteur privé.

Les tableaux de bord ou de reporting pour le suivi interne du budget et des finances sont également très largement utilisés ces quatre dernières années (tableau 3).

### Des attentes fortes des patients et de leur famille, auprès des établissements

Les usagers sont plus exigeants à l'égard de la qualité des soins et des informations fournies par les établissements de santé. Ces attentes sont prises en compte par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les attentes des patients et de leur famille évoluent et concernent l'information, la qualité des prises en charge ou la réduction des risques ; 60 % des établissements déclarent que cette évolution a un fort impact sur leur activité.

### Une exigence de qualité des soins : 86 % des établissements sont certifiés ou en cours de certification

L'exigence croissante de sécurité sanitaire et de qualité des soins s'est traduite en 1996 par la création de

l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) devenue ensuite la HAS, qui a notamment pour tâche de certifier les établissements. À une première version de cette démarche de certification (achevée en 2006) a succédé une deuxième version, initiée au dernier trimestre 2004. En 2007, 23 % des établissements sont certifiés par la HAS au titre de la deuxième version et 63 % sont en cours de certification. Cette

certification a été complétée, pour 15 % des établissements, par d'autres systèmes : labellisation de la qualité, des compétences techniques et de la sécurité, type ISO. Enfin, 27 % des établissements utilisent un autre outil d'évaluation externe de la qualité des soins, avec des différences marquées entre secteurs (18 % pour les hôpitaux publics, 27 % pour les établissements privés à but non lucratif, 35 % pour les cliniques privées).

#### ENCADRÉ 3

### L'enquête sur les Changements Organisationnels et l'Informatisation dans le secteur de la santé « COI-H »

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en collaboration avec le Centre d'études de l'emploi (CEE), a réalisé en 2007 une enquête statistique auprès d'un échantillon des directions d'établissements hospitaliers, publics et privés, sur le thème des changements organisationnels et de l'informatisation. Cette enquête auprès des établissements de santé vise à mieux cerner l'impact des transformations en cours sur le plan de l'organisation (relations avec l'utilisateur, tarification à l'activité, mise en place de la nouvelle gouvernance, etc.) et des nouveaux outils informatiques utilisés. Les établissements ont été interrogés sur leur organisation, la mobilisation des outils de gestion ou informatiques à la date de l'enquête, mais également sur leur situation en 2003<sup>1</sup>, permettant ainsi d'analyser les évolutions sur quatre ans. La collecte a eu lieu de mi-mai à mi-juillet 2007.

#### Champ de l'enquête

Pour cette première édition de l'enquête « COI-H », 800 structures de plus de 20 salariés ont été interrogées (tableau ci-dessous).

Pour les établissements de santé publics, ont été interrogées les entités juridiques et pour les établissements de santé privés, l'établissement géographique. L'enquête a été réalisée auprès de Centres hospitaliers universitaires (CHU), Centres hospitaliers régionaux (CHR) ou Centres hospitaliers (CH), ainsi que de Centres de luttres contre le cancer (CLCC) et d'établissements de soins de courte durée.

L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et des Hospices civils de Lyon étant des entités juridiques de grandes tailles, ce sont les directions des établissements qui ont été interrogées.

Le terme « établissement » utilisé dans cette étude représente aussi bien les entités juridiques interrogées dans le secteur public que les établissements géographiques interrogés dans le secteur privé.

#### Répartition des établissements présents dans le champ de l'enquête par secteur

	Effectif	En %
<b>Établissements publics</b>	<b>579</b>	<b>41,9</b>
• de plus de 800 salariés*	355	61,2
• de moins de 800 salariés*	224	38,8
<b>Établissements privés à but non lucratif</b>	<b>201</b>	<b>14,5</b>
• de plus de 300 salariés*	128	63,8
• de moins de 300 salariés*	73	36,2
<b>Établissements privés à but lucratif</b>	<b>603</b>	<b>43,6</b>
• de plus de 200 salariés*	421	69,8
• de moins de 200 salariés*	182	30,2
<b>Ensemble des établissements</b>	<b>1 383</b>	<b>100,0</b>

\*salariés non médicaux d'après la Statistique annuelle des établissements de santé, permettant ainsi des comparaisons entre les différents secteurs.

**Champ** • France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

**Sources** • Enquête statistique publique COI-H 2007, DREES, CEE ; SAE 2005.

**1.** L'enquête COI-H est l'extension dans le secteur hospitalier du dispositif d'enquête COI 2006, qui concerne les entreprises du secteur marchand. Pour des raisons d'homogénéité et de comparaisons entre les différents secteurs, la date de référence 2003 utilisée pour le dispositif général de l'enquête COI a été reprise pour le questionnaire du secteur hospitalier. Cette date était de plus antérieure aux réformes telles que les SROS III, la T2A et la nouvelle gouvernance.

3. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

4. Prescription, dispensation, administration.

## Depuis 2003, les établissements améliorent l'information des usagers

Pour répondre aux attentes des patients, les établissements forment leurs personnels et formalisent l'information du patient sur son état de santé. Ainsi, en 2007, 70 % des établissements ont formé leur personnel à l'accès aux droits des patients, à leur information sur leur état de santé et les soins, notamment dans les hôpitaux publics et les établissements à but non lucratif. Cette proportion est en forte progression depuis quatre ans dans chaque secteur. De même, les établissements développent des dispositifs formalisés ou emploient des personnels spécialisés pour l'information des patients sur leur état de santé (50 % en 2007 contre 30 % en 2003).

De plus, en 2007, trois établissements de santé sur quatre mènent des actions de prévention auprès de la population, telles que la lutte antitabac, l'information sur l'alcool ou la diététique, contre moins d'un sur deux

en 2003. Ces actions sont menées dans la quasi-totalité des établissements les plus importants du secteur public et privé à but non lucratif.

Afin d'améliorer la qualité de l'accueil au sein des établissements, les trois quarts des établissements utilisent des enquêtes de satisfaction et la moitié des audits de la qualité de l'accueil. Ils sont 15 % à utiliser une labellisation de la qualité de l'accueil. Ce sont les cliniques privées qui ont le plus recours à des audits ou à la labellisation de la qualité de l'accueil.

## La sécurisation des données informatisées sur les patients

Les établissements développent également des systèmes d'information permettant aux professionnels de consulter des données sur les patients au sein de l'établissement, des réseaux de santé, des réseaux ville-hôpital ou d'infrastructures de coopération partagée. Ces données partagées devraient permettre de rationaliser la prise en

charge des patients, de générer des économies de gestion et de diagnostic, mais aussi un gain de temps pour l'utilisateur. La moitié des établissements disposent d'un système d'information permettant de consulter ou d'alimenter le dossier médical d'un patient en leur sein (contre 30 % en 2003). Cependant, l'enquête ne donne pas de précisions sur le contenu de ces données qui peuvent ne concerner que quelques activités de l'établissement et une partie des patients. 10 % des établissements de santé mettent ces données à disposition d'un réseau hospitalier de santé, 10 % d'une infrastructure de coopération partagée et 9 % d'un réseau ville-hôpital.

Parallèlement, la sécurisation des données informatiques s'est généralisée en quatre ans. En 2007, 80 % des établissements disposent d'outils permettant de contrôler l'accès aux données informatiques et 55 % disposent d'outils de détection d'intrusion (contre respectivement 60 % et 35 % en 2003).

■ TABLEAU 2

### Évolution de l'activité déclarée par les établissements de santé entre 2003 et 2007

	En %			
	Ensemble	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif
Transfert d'activités	21,3	21,0	27,7	19,5
Suppression d'activités	10,7	9,9	17,6	9,2
Fusion totale ou partielle	17,6	11,1	17,3	23,9
Développement de l'activité ambulatoire	71,4	61,6	69,4	81,6
Développement d'activités transversales	83,3	93,2	88,4	72,1
Élargissement à d'autres activités, à de nouvelles spécialités	51,5	50,7	48,3	53,5

**Lecture** • Entre 2003 et 2007, 21,3 % des établissements ont transféré certaines de leurs activités.

**Champ** • France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

**Sources** • Enquête statistique publique COI-H 2007, DREES, CEE.

■ TABLEAU 3

### Outils de suivi de l'activité ou de suivi financiers des établissements de santé

	En %							
	En 2007				En 2003			
	Ensemble	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Ensemble	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif
<b>Pour l'ensemble des établissements</b>								
• tableaux de bords ou de reporting pour le pilotage ou la planification de l'activité	78,4	66,9	86,2	86,8	56,7	41,0	62,1	70,0
• outil de suivi en temps réel de l'occupation des lits	58,7	63,0	58,2	54,8	36,6	38,1	31,7	36,7
• informatisation globale du circuit du médicament	24,3	30,9	22,1	18,6	4,5	5,5	4,0	3,6
• tableaux de bords ou de reporting pour le suivi interne du budget et des finances	87,0	79,1	93,1	92,7	65,5	55,2	66,9	74,9
<b>Pour les établissements ayant un service d'urgences</b>								
• outil de suivi en temps réel de l'occupation des lits	77,4				40,8			

**Lecture** • En 2007, 78,4 % des établissements disposent de tableaux de bords ou de reporting pour le pilotage ou la planification de l'activité. En 2003, ils sont 56,7 %.

**Champ** • France métropolitaine ; CHU, CHR et CH ; CLCC, établissements privés spécialisés en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO).

**Sources** • Enquête statistique publique COI-H 2007, DREES, CEE.

## L'accueil des personnes en situation de précarité : plus de permanences d'accès aux soins

Les établissements doivent s'adapter à une partie de la population environnante appauvrie et parfois précarisée, ou à la montée de l'isolement de certains usagers. L'appauvrissement de la population a un fort impact sur 30 % des établissements et 20 % déclarent un plus grand isole-

ment de certains patients. Les établissements ayant un service d'urgences ressentent plus fortement que les autres la précarisation d'une partie de la population.

Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins définis dans le code de la santé, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier (PSPH) mettent en place

des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), adaptées aux personnes en situation de précarité. En quatre ans, les PASS sont montées en charge et existent en 2007 dans la moitié des établissements publics ou PSPH. Ces permanences visent à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. ■

### ENCADRÉ 4

## Définitions

### Schéma régional d'organisation sanitaire

Le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)<sup>1</sup> est le cadre de référence pour l'attribution des autorisations. Établi sous l'autorité du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), il a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Le schéma d'organisation sanitaire vise à favoriser des adaptations et des complémentarités dans l'offre de soins, ainsi que des coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire.

Le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.

Le schéma d'organisation sanitaire comporte une annexe établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et détaillant les objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire.

Cette annexe précise :

- les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et par équipements matériels lourds ;

- les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national. Les limites des territoires de santé sont définies par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation pour les activités et équipements relevant du schéma régional d'organisation sanitaire et par le ministre chargé de la santé pour ceux qui relèvent d'un schéma interrégional ou national.

Mis en place par l'ordonnance du 4 septembre 2003, ce dispositif de régulation prend définitivement le relais de la carte sanitaire qui fixait des plafonds de capacités d'accueil et de nombre d'équipements. Il se met en place à compter de la publication des nouveaux schémas d'organisation sanitaire dits « SROS de 3e génération », avant le 31 mars 2006.

### Réseaux de soins

Circulaire N° DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI/99/648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

« Les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la déli-

vrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention. »

### Structures de coopération

**Groupe de coopération sanitaire :** Un groupement de coopération sanitaire a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. Il peut permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement. Il peut réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins.

**Groupe d'intérêt public :** Le groupement d'intérêt public (GIP) peut être constitué soit entre des personnes morales de droit public, soit entre une ou plusieurs d'entre elles et une ou plusieurs personnes morales de droit privé pour exercer ensemble pendant une durée déterminée des activités d'intérêt commun. Le GIP est doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

**Groupe d'intérêt économique :** Le but du groupement est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité.

### Établissements participant au service public hospitalier (PSPH)

Au-delà des établissements publics, le service public hospitalier englobe les établissements privés admis à assurer le service public hospitalier, souvent dénommés « participant au service public hospitalier » (PSPH), ainsi que des établissements privés, nettement moins nombreux, ayant conclu un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier. S'y adjoignent les centres de lutte contre le cancer.

### Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

La loi du 4 mars 2002 précise entre autres le droit d'accès du patient aux informations concernant sa santé, à son dossier médical et met en place un mécanisme d'agrément des associations de personnes malades et d'usagers du système de santé qui ont vocation à représenter les usagers. Cette loi élargit également le rôle des commissions de conciliation, qui deviennent des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Cette commission, présente dans chaque établissement de santé, a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des patients et de leurs proches ainsi que de la prise en charge. Elle facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

1. « Les établissements de santé : un panorama pour l'année 2005 », collection *Études et Statistiques*, DREES.