

*LES
ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ*

Un panorama pour l'année 2003



LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Un panorama pour l'année 2003

Partie 3

« Données sur la situation sanitaire et sociale en France »

Édition 2005

La Documentation française



Sophie Audric, Dominique Baubeau, Valérie Carrasco, Chantal Casès, Magali Coldefy,
Annie Fénina, François Hada, Brigitte Haury, Béatrice Le Rhun, Marie-Claude Mouquet,
Édith Thomson, Lauren Trigano, Annick Vilain

Sous la coordination de :

Mylène Chaleix, Catherine Mermilliod

Coordination générale et secrétariat de rédaction : Ezra Daniel

Composition : Thierry Betty, Laurent Ouard

Maquette : La Souris@wanadoo.fr

Rédactrice en chef technique : Élisabeth Hini

Couverture : Laurent Ouard

Directrice de la publication : Mireille Elbaum

N° Sicom : 05-212

Drees

11, place des 5-Martyrs-du-Lycée-Buffon

75696 Paris cedex 14

Tél. : 01 40 56 81 28

Internet : www.sante.gouv.fr/drees

SOMMAIRE

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ Un panorama pour l'année 2003

1 – Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel	7
2 – Données de cadrage	11
• Les grandes catégories d'établissements de santé.....	12
• Les capacités d'accueil à l'hôpital	14
• L'activité des établissements de santé	16
• Médecins, odontologistes et pharmaciens	18
• Sages-femmes et personnels non médicaux salariés	20
• L'activité des établissements de santé dans les départements d'outre-mer	22
3 – Médecine, chirurgie et obstétrique	25
• Médecine, chirurgie, obstétrique : capacité, activité et clientèle	26
• La spécialisation en médecine.....	32
• La spécialisation en gynécologie-obstétrique	34
• La spécialisation en chirurgie	36
4 – Les plateaux techniques	39
• Les équipements chirurgicaux	40
• L'activité d'anesthésie	42
• L'équipement en imagerie des établissements de santé sous dotation globale	44
5 – Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière	47
• La lutte contre les infections nosocomiales	48
• La naissance	50
• La prise en charge des urgences	54
• L'activité de radiothérapie	56
• L'insuffisance rénale chronique	58
• L'offre hospitalière en psychiatrie	60
• La psychiatrie sectorisée.....	64
6 – La situation économique du secteur	69
• La part des établissements de santé dans la consommation de soins	70
• L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées	72
• L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées	74
7 – Les grandes sources de données sur les établissements de santé	77

Sigles utilisés

ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
CH :	Centre hospitalier
CHR :	Centre hospitalier régional
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CLCC :	Centre de lutte contre le cancer
CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CMD :	Catégorie majeure de diagnostic
CMP :	Centre médico-psychologique
CTTP :	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
DG :	Dotation globale
ETP :	Équivalent temps plein
FMCP :	Fonds de modernisation des cliniques privées
GHM :	Groupe homogène de malades
GHS :	Groupe homogène de séjours
HAD :	Hospitalisation à domicile
IBODE :	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat
IME :	Institut médico-éducatif
IRM :	Imagerie par résonance magnétique
MCO :	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCU-PH :	Maître de conférence des universités – praticien hospitalier
NGAP :	Nomenclature générale des actes professionnels
ONDAM :	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN :	Objectif quantifié national
PMSI :	Programme médicalisé des systèmes d'information
POSU :	Pôle spécialisé (urgences)
PSPH :	Établissement participant au service public hospitalier
PU-PH :	Professeur des universités – praticien hospitalier
SAE :	Statistique annuelle des établissements
SAMU :	Service d'aide médicale urgente
SAU :	Service d'accueil et de traitement des urgences
SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A :	Tarification à l'activité
UPATOU :	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

1

Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

● Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

1. Des missions définies par le Code de la santé publique

La mission générale des établissements hospitaliers est définie par l'article L6111-1 du code de la santé publique qui les dénomme « établissements de santé ».

Quel que soit leur statut, ils ont **vocation** à :

- assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient.
 - participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.
- Ces missions doivent être accomplies dans un souci permanent de sécurité sanitaire, de qualité et d'éthique.

La nature de leur **activité** est définie par l'article L 6111-2. Ils ont ainsi pour objet de dispenser :

1. avec ou sans hébergement :

- a)** des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ; le terme « court séjour » est parfois employé pour parler des activités de médecine, chirurgie et obstétrique ;
- b)** des soins de suite ou de réadaptation, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ; ces activités sont couramment dénommées « moyen séjour » ;

2. des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ; ces activités sont également dénommées « long séjour ». Ces différents groupes d'activités sont généralement dénommés « **grandes disciplines** ».

Les activités sans hébergement sont souvent dénommées « **alternatives à l'hospitalisation** ». Elles comportent notamment l'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile. Les établissements de santé peuvent en outre créer et gérer des services et établissements sociaux et médico-sociaux (article L6111-3). Ceux-ci sont principalement orientés vers les personnes âgées.

2. Établissements publics, établissements privés et service public hospitalier

Les établissements de santé sont de personnes morales de droit public ou privé. Les hôpitaux **publics** sont rattachés, dans la plupart des cas, à des collectivités locales : principalement les communes, parfois les départements. Ces établissements sont cependant des personnes morales dotées de l'autonomie administrative et financière. Les établissements **privés** sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Historiquement, ces derniers proviennent souvent d'initiatives émanant des mondes religieux, caritatif ou mutualiste.

Dans le cas des établissements à **but lucratif**, souvent dénommés « cliniques », plusieurs personnes morales peuvent coexister, l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'acti-

tivité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, d'imagerie...).

Tous les établissements de santé assurent une gamme de prestations plus ou moins diversifiées et/ou spécialisées.

Au sein des établissements publics, on distingue les **centres hospitaliers** et les **hôpitaux locaux**. Ces derniers, destinés à assurer une offre de proximité, comportent exclusivement des activités de médecine, de soins de suite ou de réadaptation et de soins de longue durée.

Les centres hospitaliers régionaux (**CHR**) ont une vocation régionale liée à leur spécialisation tout en assurant en outre les soins courants à la population proche.

La majeure partie des CHR sont aussi des centres hospitaliers et universitaires (**CHU**), centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médicaux, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également, sans préjudice des attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement, à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux.

Parmi les autres centres hospitaliers, certains sont spécialisés, essentiellement en psychiatrie.

Au-delà des établissements publics, le **service public hospitalier (SPH)** 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 (article L6161-9). S'y adjoignent les **centres de lutte contre le cancer (CLCC)** ; ces derniers assurent certaines missions des établissements de santé et du service public hospitalier, dans le domaine de la cancérologie.

Le service public hospitalier concourt, au-delà des missions de l'ensemble des établissements de santé, à l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche, à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence, aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination, à l'aide médicale urgente et à la lutte contre l'exclusion sociale.

Ainsi, les établissements publics ou privés du service public hospitalier ont pour mission de garantir l'égal accès aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir jour et nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur. Ils peuvent seuls comporter un service d'aide médicale urgente (SAMU), mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Les établissements privés du SPH relèvent du même régime de financement et de tutelle que les établissements publics et bénéficient des mêmes avantages pour leurs équipements (subventions notamment). Ils peuvent faire appel à des praticiens hospitaliers.

3. Les personnels travaillant dans les établissements de santé relèvent de statuts diversifiés

Les **médecins** intervenant dans les établissements publics sont très majoritairement salariés. Les universitaires, professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférence-praticiens hospitaliers (MCU-PH) sont des fonctionnaires de l'Éducation nationale. Les praticiens hospitaliers sont des contractuels de droit public et interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Dans les hôpitaux locaux, ceux qui interviennent en médecine relèvent du régime libéral et du paiement à l'acte. De même, dans les cliniques privées, les médecins ont très majoritairement un statut d'exercice libéral, et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent. Les établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) accueillent en outre des médecins en cours de formation (les internes).

Les **personnels non médicaux** des établissements de santé publics relèvent principalement de la Fonction publique hospitalière.

Ces établissements recourent également à des personnels non statutaires : contractuels à durée déterminée ou indéterminée, intérimaires... La Fonction publique hospitalière comprend en outre les personnels des établissements publics exclusivement 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), même si ces établissements sont fréquemment gérés par des collectivités territoriales. Les personnels des établissements privés relèvent pour leur part de conventions collectives distinctes selon le statut des établissements.

4. La planification sanitaire

La création, la conversion et le regroupement des activités de soins (y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation), de même que l'installation des équipements matériels lourds sont soumis à une **autorisation** de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Celle-ci a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources. C'est un groupement d'intérêt public entre l'État et les organismes d'Assurance-maladie.

LES ACTIVITÉS ET LES ÉQUIPEMENTS SOUMIS À AUTORISATION

En 2006, **les activités soumises à autorisation**, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, correspondront aux rubriques suivantes :

- 1° Médecine ;
- 2° Chirurgie ;
- 3° Gynécologie obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- 4° Psychiatrie ;
- 5° Soins de suite ;
- 6° Rééducation et réadaptation fonctionnelles ;
- 7° Soins de longue durée ;
- 8° Transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse ;
- 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° Accueil et traitement des urgences ;
- 15° Réanimation ;
- 16° Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- 17° Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, activités biologiques d'assistance médicale à la procréation, activités de recueil, traitement, conservation de gamètes et cession de gamètes issus de don, activités de diagnostic prénatal ;
- 18° Traitement du cancer.

En 2006, **les équipements lourds soumis à autorisation** seront les suivants :

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

● Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel *suite*

Peuvent être titulaires d'autorisation :

- un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;
- un établissement de santé ;
- une personne morale dont l'objet porte, notamment, sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd mentionnés à l'article L.6122-1 ou la pratique des activités propres aux laboratoires d'analyses de biologie médicale.

L'autorisation est subordonnée au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance-maladie ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret. Elle est donnée pour une durée déterminée d'au moins 5 ans.

Le **schéma d'organisation sanitaire (SROS)** est le cadre de référence pour l'attribution des autorisations. Établi sous l'autorité du directeur de l'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.

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, ce dispositif de régulation a définitivement pris le relais de la carte sanitaire qui fixait des plafonds de capacités d'accueil ou de nombre d'équipements. **Les données présentées ici, se référant à des années antérieures à la mise en œuvre de cette ordonnance, concernent donc des périodes où la carte sanitaire était encore en vigueur.**

Au cours de la dernière décennie, pour un certain nombre d'activités, l'organisation de l'offre a été aménagée dans une logique conduisant à offrir les ressources les plus spécialisées dans un nombre limité de sites, avec mise en réseau des sites concernés par ces activités. C'est notamment le cas des maternités, dont l'activité est répartie en 3 niveaux et de l'urgence. La psychiatrie est organisée de façon spécifique au sein de territoires de santé particuliers, les secteurs psychiatriques (voir les fiches correspondantes)

5. Le financement des établissements de santé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a mis en place à partir de l'année 2005 un nouveau dispositif de financement pour les activités MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) des établissements publics et privés, la tarification à l'activité (T2A). Le principe général est que des regroupements homogènes de séjours (GHS) sont rémunérés dans ce cadre sur la base d'un tarif forfaitaire national. Ce paiement forfaitaire est complété pour certains établissements par une ou des dotations, destinées à prendre en compte notamment la dispensation de médicaments particulièrement coûteux ou certaines missions particulières d'intérêt général. La montée en charge de cette réforme est progressive et devrait être achevée en 2012.

Antérieurement les modes de financement distinguaient deux types d'établissements. Le système dit de la « dotation globale » s'appliquait aux établissements publics, aux établissements privés participant au service public hospitalier et, depuis 1996, aux autres établissements privés à but non lucratif ayant opté pour ce régime. L'évolution de la dotation globale était encadrée par un taux directeur, les dépenses annuelles d'un établissement ne devant pas dépasser le budget prévisionnel qui lui était alloué.

Presque tous les autres établissements et notamment l'ensemble des établissements privés à but lucratif relevaient du régime de l'Objectif quantifié national (OQN), annuellement intégré à l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM). L'OQN correspondait au taux d'évolution des tarifs et à l'augmentation prévisionnelle des volumes d'activité décidés chaque année dans ce cadre. Ce mode de régulation concernait les établissements privés s'inscrivant dans un système de paiement mixte à l'acte et à la journée.

Les données présentées ici, se référant à des années antérieures à 2005, sont le plus souvent présentées en référence aux modes de financement prévalant avant la T2A. ■

2

Données de cadrage

- Les grandes catégories d'établissements de santé
 - Les capacités d'accueil à l'hôpital
 - L'activité des établissements de santé
 - Médecins, odontologistes et pharmaciens
- Sages-femmes et personnels non médicaux salariés
- L'activité des établissements de santé dans les départements d'outre-mer

● Les grandes catégories d'établissements de santé

Environ 3 000 établissements assurent un accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel. Parmi eux, les établissements privés, quel que soit leur mode de financement, ont vu leur nombre se réduire de près de 400 au cours des dix dernières années sous l'effet des restructurations qui ont affecté ce secteur. Ils sont un peu moins de 2 000 en 2003.

Construit au fil de plusieurs décennies, résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. Y cohabitent des établissements de trois types de statuts juridiques, qui 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 travaillant dans ces établissements présentent la même variété.

Près de 3 000 établissements de santé offrant 457 000 lits et 48 000 places

Au 31 décembre 2003, 2 934 établissements ou entités juridiques sanitaires disposaient de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (comptées en places), que ce soit en accueil de jour ou de nuit ou en anesthésie ou chirurgie ambulatoire. Au total, ils offraient une capacité d'accueil de plus de 457 000 lits et 48 000 places. De plus, certains établissements autorisés dispensent des soins (comptés en séances) sans capacité d'accueil, qu'elle soit à temps complet ou partiel : il s'agit essentiellement des centres de dialyse (95 entités juridiques auxquelles sont rattachées 463 antennes) et de radiothérapie.

Au cours des dix dernières années, le nombre d'établissements s'est continuellement réduit, essentiellement en raison de la disparition d'établissements privés. Ces derniers, quel que soit leur mode de financement, ont vu leur nombre se réduire de près de

400 sous l'effet des réorganisations et restructurations qui ont affecté ce secteur. Ces mouvements tiennent à de nombreux facteurs, liés aussi bien à la rationalisation de la prise en charge qu'à l'amélioration de la qualité de celle-ci.

Un paysage hospitalier diversifié

Parmi les 997 entités juridiques publiques, coexistent trois types d'établissements, financés de manière identique mais qui se différencient selon leurs missions : 29 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 ; environ 600 centres hospitaliers (CH), réalisent la majeure partie de la prise en charge, dont près de 90 sont spécialisés en psychiatrie ; un peu plus de 300 hôpitaux locaux assurent pour l'essentiel une fonction d'accueil et de soins pour personnes âgées. Les 1 937 établissements privés comportent 1 094 établissements à but lucratif, souvent dénommés « cliniques », les 843 autres ayant un caractère non lucratif. Près de 900 établissements privés sont spécialisés dans des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. 800 autres établissements privés sont spécialisés dans les soins de suite, de réadaptation et de long séjour.

Le service public hospitalier regroupe les établissements publics et les deux tiers des établissements privés à but non lucratif. Il représente les trois quarts de l'ensemble des lits et places offerts par le système hospitalier. Les établissements financés par dotation globale en 2003 sont pour l'essentiel ceux qui appartiennent à ce secteur. ■

■ Champ

Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit 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 (95 entités juridiques auxquelles sont rattachées 463 antennes) et de radiothérapie.

France métropolitaine.

■ Définitions

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

– **l'entité juridique (EJ)** qui correspond à la définition de l'entité institu-

tionnelle de la comptabilité publique ; elle possède un conseil d'administration et une direction ; elle est maîtresse de sa décision, exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine ;

– **l'entité géographique (ou établissement, ET)** qui correspond en général au site de production (mais aussi éventuellement au site porteur du budget) ; l'entité géographique dépend de l'entité juridique, une même entité juridique ne pouvant, en théorie, donner lieu à plusieurs établissements qu'à la condition d'implantations géographiques ou de budgets différents.

– Dans le **secteur public**, une entité juridique peut regrouper plusieurs établissements se trouvant sur des sites relativement éloignés.

– Dans le **secteur privé**, la situation est en général plus simple : l'entité juridique représentant la société d'exploitation (particulier ou sociétés) reste, encore très souvent, rattachée à un seul établissement géographique, malgré le développement de regroupements.

Les différents statuts juridiques des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement ainsi que la notion de participation au service public hospitalier sont présentés dans la partie « cadre juridique et institutionnel ».

■ Pour en savoir plus

– *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales*, éditions 1989 à 1999 SESI.
– *Les établissements de santé en 1999, 2001, 2002*, Drees coll.

« Études et statistiques ».

– F. Bousquet *et alii*, « Les restructurations à travers les systèmes d'information, d'une définition complexe à un suivi opérationnel », *Revue Française des Affaires sociales*, n° 2 avril-juin 2001.

– Jean de Kervasdoué, *L'Hôpital*, coll. « Que sais-je ? ».

– Didier Stingre, *Le service public hospitalier*, « Que sais-je ? ».

■ Source

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

**tableau 1 ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation
par catégorie d'établissements en 2003**

	Entités	Lits	Places
Secteur public (entités juridiques)	997	299 102	29 978
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	29	80 731	5 992
Centre hospitalier (CH)	518	163 461	9 965
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	87	29 768	13 839
Hôpital local	342	23 146	38
Autre établissement public	21	1 996	144
Secteur privé (établissements)	1 937	158 009	18 325
Établissement de soins de courte durée	847	82 662	9 523
Centre de lutte contre le cancer	20	2 985	536
Établissement de lutte contre les maladies mentales	238	18 189	4 824
Établissement de soins de suite et de réadaptation	672	45 521	3 378
Établissement de soins de longue durée	128	7 542	0
Autres établissements privés	32	1 110	64
Ensemble	2 934	457 111	48 303

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

**tableau 2 ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation
par statut juridique et participation au service public hospitalier en 2003**

	Entités	Lits	Places
Service public hospitalier	1 561	350 701	37 077
Secteur public (entités juridiques)	997	299 102	29 978
Établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH)	564	51 599	7 099
Autres établissements privés	1 373	106 410	11 226
Établissement privé à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier (non PSPH)	279	14 728	2 157
Établissement privé à but lucratif	1 094	91 682	9 069
Ensemble	2 934	457 111	48 303

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

**tableau 3 ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation
par type de financement en 2003**

	Entités	Lits	Places
Financement par la dotation globale	1 757	359 864	38 525
Secteur public (entités juridiques)	997	299 102	29 978
Établissement privé sous dotation globale (DG)	760	60 762	8 547
Autres modes de financement	1 177	97 247	9 778
Établissement privé sous objectif quantifié national	1 165	96 671	9 699
Autres établissements privés	12	576	79
Ensemble	2 934	457 111	48 303

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

● Les capacités d'accueil à l'hôpital

En 2003, 457 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été recensés dans les établissements de santé, soit une diminution de plus de 80 000 lits en 11 ans. En contrepartie, 6 000 places d'hospitalisation à temps partiel ont été créées depuis 1994 pour atteindre en 2003 un total de 48 000 places. Ces évolutions sont différenciées selon les secteurs et accompagnent la spécialisation des établissements. En 2003, la moitié des places d'hospitalisation à temps partiel se situent dans les cliniques privées pour des soins de courte durée, alors que ce sont les établissements publics qui disposent de l'essentiel des capacités d'accueil à temps partiel en psychiatrie.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 1992 et 2003, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé 540 000 à 457 000. La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier, d'environ 1,5 % par an. Cette inflexion n'a pas touché toutes les disciplines de manière égale : le nombre de lits de court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) a diminué de façon importante, alors que la réduction a été plus limitée en moyen séjour (soins de suite et réadaptation fonctionnelle). Les capacités d'accueil ont par ailleurs augmenté en long séjour (tableau 1).

La diminution globale du nombre de lits s'est également effectuée à des rythmes différents selon les secteurs d'hospitalisation : -14 % en 11 ans dans le secteur public, -15 % dans les cliniques privées et -21 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Ce mouvement, qui résulte en partie d'une volonté de suppression de lits excédentaires, traduit aussi l'évolution structurelle des formes de prises en charge, qui s'orientent de plus en plus vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Des capacités d'accueil de plus en plus orientées vers les alternatives à l'hospitalisation

Depuis la seconde moitié des années 1980 une transformation des modes de prise en charge est en effet intervenue à la faveur des innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques...) ont pu être effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet. Entre 1994 et 2003, il s'est ainsi créé 6 000 places d'hospitalisation de court séjour à temps partiel, venant compléter les 42 000 places créées les années précédentes.

La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différents types d'établissement. En 2003, la moitié des places d'hospitalisation à temps partiel, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont offertes par les cliniques en particulier en anesthésie et en chirurgie ambulatoire (tableau 2). Les établissements privés sous dotation globale regroupent plus de la moitié des capacités d'hospitalisation à temps partiel en soins de suite et de réadaptation et un cinquième des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent quand à eux 45 % des places de court séjour, et ont une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique ainsi qu'en psychiatrie (80 %).

■ Champ

France métropolitaine

■ Définitions

— **L'hospitalisation complète** se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à 24 heures. Elle comprend également dans les données présentées les unités fermées le week-end (hospitalisation dite de semaine).

— **L'hospitalisation partielle** concerne l'accueil de jour ou de nuit et

les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

— **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et places installées au 31 décembre 2003,

c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux. Ces nombres peuvent différer du nombre de lits ou places autorisées, ces derniers n'étant pas nécessairement créés.

Les différents statuts juridiques des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans la partie « cadre juridique et institutionnel ».

■ Pour en savoir plus

— S. Audric, v. Carrasco, Coldefy M.,

Thomson E., « L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète et partielle », Drees, *Études et Résultats*, n° 382, mars 2005.

■ Source

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

tableau 1 ● nombre de lits et places installés au 31 décembre 2003 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement et le type de financement

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :								
Soins de courte durée (MCO)	149 290	-1,5 %	17 278	-2,3 %	61 860	-2,2 %	228 428	-1,7 %
Psychiatrie	40 002	-2,0 %	7 775	-2,3 %	10 612	-0,2 %	58 389	-1,7 %
Soins de suite et de réadaptation	38 224	-0,4 %	29 015	1,5 %	23 765	0,4 %	91 004	0,4 %
Soins de longue durée	71 586	-3,0 %	6 694	0,2 %	1 010	-0,1 %	79 290	-2,7 %
Total	299 102	-1,8 %	60 762	-0,2 %	97 247	-1,4 %	457 111	-1,5 %
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :								
Soins de courte durée (MCO)	7 803	3,9 %	1 378	1,7 %	8 375	3,0 %	17 556	3,3 %
Psychiatrie	20 972	-1,1 %	4 585	-1,8 %	324	35,0 %	25 881	-0,9 %
Soins de suite et de réadaptation	1 203	6,7 %	2 584	5,4 %	1 079	2,9 %	4 866	5,2 %
Total	29 978	0,5 %	8 547	0,8 %	9 778	3,8 %	48 303	1,2 %

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2002-2003, données statistiques

tableau 2 ● évolution du nombre de lits et de places d'hospitalisation de 1992 à 2003 selon le statut de l'établissement et le type de financement

	Établissements publics				Établissements privés non lucratifs			
	1992	1994	1998	2003	1992	1994	1998	2003
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :								
Soins de courte durée (MCO)	177 839	170 503	158 023	149 290	31 770	28 459	23 849	20 269
Psychiatrie	61 538	55 292	47 204	40 002	13 465	12 653	11 547	8 065
Soins de suite et de réadaptation	40 647	39 773	38 296	38 224	34 418	34 667	33 382	31 161
Soins de longue durée	68 277	71 770	75 273	71 586	4 336	5 234	6 324	6 832
Total	348 301	337 338	318 796	299 102	83 989	81 013	75 102	66 327
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :								
Soins de courte durée (MCO)	nd	5 309	5 842	7 803	nd	1 140	1 461	1 836
Psychiatrie	nd	20 539	21 350	20 972	nd	5 189	5 413	4 704
Soins de suite et de réadaptation	nd	683	884	1 203	nd	2 242	2 326	2 716
Total	nd	26 531	28 076	29 978	nd	8 571	9 200	9 256
	Établissements privés lucratifs				Ensemble des établissements			
	1992	1994	1998	2003	1992	1994	1998	2003
Nombre de lits d'hospitalisation complète en :								
Soins de courte durée (MCO)	75 109	72 010	67 100	58 869	284 718	270 972	248 972	228 428
Psychiatrie	12 976	12 358	10 519	10 322	87 979	80 303	69 270	58 389
Soins de suite et de réadaptation	18 540	19 706	19 669	21 619	93 605	94 146	91 347	91 004
Soins de longue durée	652	817	837	872	73 265	77 821	82 434	79 290
Total	107 277	104 891	98 125	91 682	539 567	523 242	492 023	457 111
Nombre de places d'hospitalisation partielle en :								
Soins de courte durée (MCO)	nd	6 065	6 894	7 917	nd	12 514	14 196	17 556
Psychiatrie	nd	169	116	205	nd	25 897	26 796	25 881
Soins de suite et de réadaptation	nd	787	817	947	nd	3 712	4 027	4 866
Total	nd	7 021	7 827	9 069	nd	42 123	45 019	48 303

Notes de lecture : les places ne sont dénombrées que depuis 1994. D'autre part, pour les années 1992 à 1998, les lits (et les places) de toxicologie ont été comptés avec la psychiatrie.

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, EHP et H80 pour 2002, SAE 1994-2003, données statistiques

● L'activité des établissements de santé

Le secteur hospitalier a pris en charge en 2003 près de 23 millions de séjours, dont la moitié a duré moins de 24 heures. Ces derniers prennent une part de plus en plus importante dans quasiment toutes les disciplines, quels que soient le statut et le type de financement des établissements. Dans le même temps, le nombre de journées d'hospitalisation tend à diminuer sous l'effet combiné de l'augmentation de la part de l'hospitalisation partielle et de la diminution des durées de séjour. La variété des portefeuilles d'activité des établissements par mode de prise en charge et grandes disciplines donne une première image de leur spécialisation.

En 2003, la moitié des séjours à l'hôpital dure moins de 24 heures

Au cours de l'année 2003, les établissements de santé ont pris en charge 22,8 millions de séjours répartis en 11,5 millions d'hospitalisations à temps complet et 11,3 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins de 24 heures (tableau 1). La répartition des séjours par grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, le court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie obstétrique) concerne près de 90 % des prises en charge, le moyen séjour (soins de suite et réadaptation) 7 %, la psychiatrie 5 % et les soins de longue durée moins de 1 %. La psychiatrie totalise plus de 40 % des hospitalisations à temps partiel, ce qui s'explique par le développement ancien des alternatives à l'hospitalisation dans ce secteur, commencé dans les années 1970 (cf. fiches Psychiatrie). Les soins de courte durée représentent quant à eux 45 % des venues et les soins de suite et de réadaptation, 13 %.

Une évolution progressive des modes de prise en charge

Depuis plusieurs années, on enregistre une diminution de l'activité d'hospitalisation à temps complet alors que, dans le même temps, se développent les prises en charge à temps partiel. Dans le prolongement de ces tendances, l'activité hospitalière à temps complet a diminué en 2003 de 1 % (tous secteurs et disciplines confondus) alors que l'activité à temps partiel s'est accrue de 2,3 %. Cette dernière augmentation, particulièrement sensible en 2003 tant en médecine, chirurgie, obstétrique (+5,4 %) qu'en soins de suite et de réadaptation (+5,2 %), est globalement plus marquée pour les cliniques (+6,6 %), que dans le secteur privé sous dotation globale ou les hôpitaux publics (respectivement +0,6 % et +1 %).

En sus de leur activité d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, les établissements de santé réalisent en outre 13,2 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie, ou dialyse pour l'essentiel. Les urgences ont, d'autre part, accueilli 14,1 millions de passages en 2003. Ces activités, ainsi que d'au-

tres formes de prise en charge ambulatoire à l'hôpital sont décrites de façon spécifique (cf. chapitre 5). L'activité des établissements de santé comprend également les 28 millions de consultations externes réalisées par les hôpitaux publics.

Une nette diminution du nombre de journées d'hospitalisation

L'activité de soins de longue durée, mieux mesurée par le nombre de journées d'hospitalisation que par le nombre d'entrées, est encore en recul en 2003 (-3 %) avec un total de 28 millions de journées (tableau 2). Le nombre de journées d'hospitalisation a également diminué en psychiatrie, confirmant la tendance observée depuis le début des années 1990 avec le raccourcissement de la durée des séjours. Les soins de courte durée connaissent une évolution analogue et parallèle à celle du nombre de séjours. Seuls les soins de suite et de réadaptation voient leur nombre de journées se stabiliser pour la troisième année consécutive, après la baisse constatée à la fin des années 1990.

Une structure d'activité qui varie selon les catégories d'établissements

La structure de leurs activités, varie sensiblement entre les grandes catégories d'établissements de santé (graphique 1). Les soins de courte durée en hospitalisation complète sont essentiellement répartis entre les hôpitaux publics et les cliniques privées, ces dernières assurant davantage de séjours à temps partiel. Les établissements sous dotation globale, en particulier publics, accueillent la plus grande partie des séjours psychiatriques, notamment à temps partiel. Chaque catégorie d'établissements assure une part presque équivalente des soins de suite et de réadaptation en hospitalisation complète, les établissements privés sous dotation globale prenant une forte part dans les soins de suite et de réadaptation à temps partiel. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation se confirment lorsque l'on analyse la répartition des activités par pathologie ou par acte médical (cf. fiches MCO-Spécialisation). ■

■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités d'hospitalisation, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2003, en France métropolitaine. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (moins de 0,5 %).

■ Définitions

– **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou moins 24 heures** : en médecine, chirurgie et obsté-

trique, un séjour d'une durée inférieure à 24 heures est classé en « hospitalisation de moins de 24 heures » quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation. Les différents statuts juridiques des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans la partie 1 : « Le cadre juridique et institutionnel ».

■ Pour en savoir plus

– Audric S., Carrasco V., Coldefy V., Thomson E., « L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 382, Drees, mars 2005.

– « Résultats de l'enquête trimestrielle de conjoncture » publiés dans la collection *Études et résultats*, Drees

■ Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité (entrées et journées en

hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances...) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

tableau 1 ● nombre de séjours (entrées et venues) par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement et le type de financement en 2003

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002
Soins de courte durée (MCO)								
- hospitalisation > 24 heures	5 889 732	-1,2 %	641 885	-1,6 %	3 443 886	-0,8 %	9 975 453	-1,1 %
- hospitalisation < 24 heures	2 388 047	4,3 %	276 148	3,2 %	2 454 356	6,4 %	5 118 551	5,4 %
Ensemble	8 277 779	0,4 %	918 033	-0,2 %	5 898 243	2,2 %	15 094 054	1,0 %
Psychiatrie								
- hospitalisation complète	448 364	-2,2 %	59 800	-2,4 %	110 071	1,5 %	618 235	-1,6 %
- hospitalisation partielle	3 786 492	-1,8 %	930 795	-2,6 %	77 487	21,2 %	4 794 774	-1,6 %
Ensemble	4 235 786	-1,8 %	990 595	-2,6 %	187 558	8,8 %	5 413 009	-1,6 %
Soins de suite et de réadaptation								
- hospitalisation complète	338 339	-0,4 %	237 653	0,3 %	253 328	1,8 %	829 320	0,5 %
- hospitalisation partielle	353 491	11,5 %	757 872	3,8 %	312 649	2,0 %	1 424 012	5,2 %
Ensemble	691 830	5,4 %	995 525	2,9 %	565 977	1,9 %	2 253 332	3,4 %
Soins de longue durée								
- hospitalisation complète	44 950	0,1 %	3 860	-10,0 %	704	2,5 %	49 514	-0,7 %
Total								
- hospitalisation complète	6 721 385	-1,2 %	943 148	-1,2 %	3 807 989	-0,5 %	11 472 572	-1,0 %
- hospitalisation partielle	6 528 030	1,0 %	1 964 815	0,6 %	2 844 492	6,6 %	11 337 337	2,3 %
Ensemble	13 249 415	-0,1 %	2 908 013	0,0 %	6 652 481	2,4 %	22 809 909	0,6 %

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002 et 2003, données statistiques pour l'activité de court séjour

Drees SAE 2002 et 2003, données statistiques pour les autres disciplines

tableau 2 ● nombre de journées d'hospitalisation complète par grands groupes de disciplines selon le statut et le type de financement des établissements en 2003

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	Journées 2003	Évolution 2003-2002	Journées 2003	Évolution 2003-2002	Journées 2003	Évolution 2003-2002	Journées 2003	Évolution 2003-2002
Soins de courte durée (MCO)	39 907 000	-1,8 %	4 070 037	-2,9 %	16 662 803	-2,7 %	60 639 840	-1,1 %
Psychiatrie	12 458 176	-2,2 %	2 377 849	-2,6 %	3 766 435	0,9 %	18 602 460	-1,2 %
Soins de suite et de réadaptation	11 271 785	-0,3 %	8 107 415	-0,5 %	7 981 133	2,2 %	27 360 333	0,3 %
Soins de longue durée	25 328 634	-3,3 %	2 379 117	-0,4 %	342 335	-7,0 %	28 050 086	-3,1 %
Total	88 965 595	-2,0 %	16 934 418	-1,4 %	28 752 706	-1,0 %	134 652 719	-1,7 %

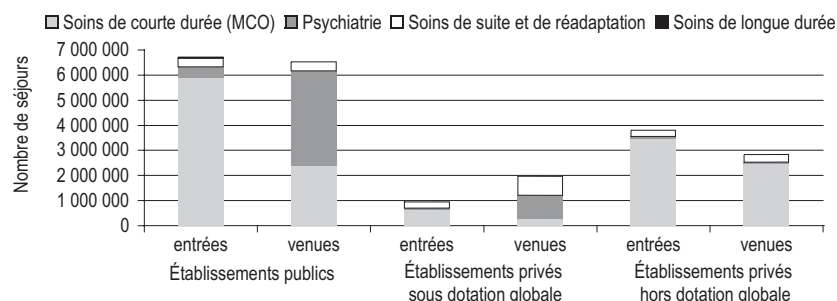
Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002 et 2003, données statistiques pour l'activité de court séjour

Drees SAE 2002 et 2003, données statistiques pour les autres disciplines

graphique 1 ● répartition des séjours en 2003

entrées pour l'hospitalisation à temps complet – venues pour l'hospitalisation à temps partiel



Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002 et 2003, données statistiques pour l'activité de court séjour

Drees SAE 2002 et 2003, données statistiques pour les autres disciplines

● Médecins, odontologistes et pharmaciens

Les établissements de santé comptaient en 2003 environ 160 000 emplois de médecins confirmés ou en formation, dont près des deux tiers dans les établissements publics. Après la croissance observée au cours de la dernière décennie, ce chiffre reflète une stabilisation globale des effectifs, parallèle à celle observée pour l'ensemble des médecins. Les effectifs salariés, principalement dans le secteur public, continuent cependant à augmenter, alors que la diminution des professionnels libéraux reflète pour partie les regroupements des établissements, majoritairement privés, dans lesquels ils interviennent. Une part importante de praticiens (47 %) exerçant dans les établissements pratiquent des spécialités médicales.

Stabilité globale des effectifs médicaux en 2003

En 2003, les établissements de santé comptaient 142 000 emplois de médecins, odontologistes pharmaciens, salariés ou libéraux, auxquels il faut ajouter 19 000 internes ou assimilés. Près des deux tiers sont employés par les hôpitaux publics, 28 % dans les cliniques privées et 9 % dans les établissements privés sous dotation globale. Si ces effectifs globaux restent stables entre 2002 et 2003, leur répartition a varié : le personnel médical augmente de près de 1 % dans le secteur public alors qu'il diminue d'environ 1,5 % dans les établissements privés (tableau 1).

Cette stabilisation globale des effectifs médicaux des établissements de santé, qui suit l'évolution générale du nombre de médecins en France, intervient après une décennie de croissance, cependant ralentie depuis la fin des années 1990.

Dans les hôpitaux publics on constate en 2003 une faible augmentation du nombre de médecins salariés (+0,7 %), de médecins libéraux intervenant dans les hôpitaux locaux (+1,4 %) et d'internes ou assimilés (+0,7 %). Dans les cliniques, l'augmentation du nombre d'emplois médicaux salariés ne compense pas la diminution des intervenants médicaux sous statut d'exercice libéral. Cependant cette diminution pourrait être liée au fait que les médecins libéraux sont décomptés autant de fois qu'ils interviennent dans des établissements différents, et donc pour partie à des phénomènes de regroupement des cliniques.

Dans les établissements publics, les praticiens hospitaliers, qui représentent 60 % du temps médical des salariés (tableau 3), voient leurs effectifs en équivalents temps plein croître de 3 % entre 2002 et 2003, dans la continuité du fort mouvement de croissance constaté sur longue période. À l'inverse, la part des emplois hospitalo-universitaires, titulaires et non-titulaires, diminue

Près de la moitié des praticiens exerçant dans les établissements pratiquent des spécialités médicales

60 % des praticiens exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé se consacrent (à temps plein ou à temps partiel) à des spécialités médicales, quel que soit le secteur dans lequel ils interviennent. Les spécialités chirurgicales (y compris la gynécologie-obstétrique) [tableau 2] mobilisent un peu plus d'un médecin sur six dans les établissements publics et privés sous dotation globale et environ un médecin sur trois dans les cliniques privées, ce qui reflète la spécialisation constatée dans ces établissements (cf. fiche spécialisation en chirurgie). En contrepartie la moindre proportion de praticiens se consacrant à la biologie médicale, la pharmacie et la radiologie dans ces cliniques traduit une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux mêmes des établissements. ■

■ Champ

Personnel médical des établissements de santé de France métropolitaine.

■ Définitions

— **Le personnel médical** est composé des médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction (FFI : faisant fonction d'interne et DIS : diplômés interuniversitaires de spécialités) qui sont en formation.

— **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral dans un établissement de santé travaillent au sein des cliniques privées, même si les hôpitaux locaux (de statut public) font appel à des médecins généralistes libéraux payés à l'acte. Lorsque leur contrat de travail ou leur statut leur permet, les médecins salariés (notamment attachés) peuvent en outre exercer

dans des hôpitaux différents. Sur les médecins libéraux, on ne dispose que l'information sur le caractère « exclusif » ou non de l'exercice, c'est-à-dire s'ils interviennent sur un seul établissement ou non (en sus de leur activité en cabinet). Toutes ces raisons justifient le choix de ne présenter ici, pour donner une vision d'ensemble, que des effectifs exprimés en nombre de personnes en activité, au risque de doubles comptes.

— **L'exercice salarié à l'hôpital** à temps plein ou à temps partiel, relève de différents statuts : il s'agit principalement de médecins ayant le titre de praticiens hospitaliers admis sur concours et des praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH) qui partagent leurs activités 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.

— **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 pour les salariés.

■ Pour en savoir plus

— *Rapport 2004 de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé*, la Documentation Française et plus particulièrement le tome II, *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et spécialité*.

— Vilain A. et Niel X., « Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 1980 : davantage de débuts de carrière à l'hôpital », Drees, *Études et Résultats*, n° 145, novembre 2001

— S. Bessière, P. Breuil-Genier et S. Darnin, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », Drees, *Études et Résultats*, n° 352, novembre 2004

■ Source

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

tableau 1 ● effectifs médicaux exerçant dans les établissements de santé en 2003*

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens								
Salariés	82 498	0,7 %	10 576	1,1 %	4 059	3,7 %	97 133	0,9 %
Libéraux (1)	2 432	1,4 %	1 872	-15,8 %	40 137	-2,1 %	44 441	-2,6 %
Total (2)	84 930	0,7 %	12 448	-1,9 %	44 196	-1,6 %	141 574	-0,2 %
Internes, FFI, DIS (3)	17 681	1,4 %	1 226	3,5 %			18 907	1,5 %
Total	102 611	0,9 %	13 674	-1,4 %	44 196	-1,6 %	160 481	0,0 %

(1) Libéraux dans les hôpitaux locaux seulement, pour le secteur public.

(2) Sauf médecins intervenant de façon exceptionnelle dans les établissements (occasionnels).

(3) FFI : faisant fonction d'interne, DIS : diplôme inter universitaire de spécialités.

* ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2002-2003, données statistiques

tableau 2 ● effectifs médicaux exerçant en établissements de santé en 2003
selon la spécialité médicale*

Spécialité	Établissements publics	Établissements privés sous DG	Établissements privés hors DG	Ensemble des établissements de santé	Structure en %
Médecine générale	11 001	1 576	2 217	14 794	10,4 %
Anesthésie, réanimation	6 770	859	3 679	11 308	8,0 %
Pédiatrie	3 530	369	841	4 740	3,3 %
Autres spécialités médicales	27 504	4 663	18 353	50 520	35,7 %
Gynécologie-obstétrique	3 610	387	2 109	6 106	4,3 %
Spécialités chirurgicales	11 747	1 736	12 072	25 555	18,1 %
Biologie médicale	5 110	317	1 435	6 862	4,8 %
Psychiatrie	7 301	1 423	1 223	9 947	7,0 %
Pharmaciens	2 785	621	1 390	4 796	3,4 %
Autres	5 572	497	877	6 946	4,9 %
Total	84 930	12 448	44 196	141 574	100,0 %

* hors internes et faisant fonction.

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

tableau 3 ● effectifs et ETP des médecins salariés des hôpitaux publics en 2003

	2003
Salariés (effectif)	82 498
ETP des hospitalo-universitaires titulaires*	2 927
ETP des praticiens hospitaliers	31 698
ETP des assistants	4 209
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	1 863
ETP des attachés	8 499
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	4 148
Internes et faisant fonction (effectif)	17 681
Effectif total	102 611

* par convention les PU-PH sont comptés pour 0,5 en ETP.

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

● Sages-femmes et personnels non médicaux salariés

Les personnels non médicaux, qui sont près d'un million de personnes en équivalent temps plein, ont vu leur nombre augmenter ces dernières années, principalement chez les personnels soignants. Cette catégorie de personnel est de plus en plus qualifiée du fait de l'augmentation des effectifs infirmiers.

Une hausse sensible et ancienne des personnels non médicaux dans les établissements de santé

En 2003, les personnels non médicaux salariés dans les établissements de santé représentent 932 000 personnes en équivalent temps plein (ETP), parmi lesquels les trois quarts (709 000) relèvent des hôpitaux publics. 99 000 (soit 11 % de l'ensemble) sont employés dans les établissements privés sous dotation globale et 124 000 (13 %) dans les cliniques privées (tableau 1).

Ces personnels sont en nette augmentation par rapport à 2002 (+2,2 %), cette augmentation étant comparable à celle de l'année précédente. Elle est plus importante dans les établissements publics (+2,7 %) que dans les établissements privés, qui voient leurs effectifs en ETP augmenter respectivement de 0,8 et 0,6 % dans les établissements sous DG et les cliniques. Cette croissance prolonge une évolution ininterrompue depuis 1998. 70 000 postes supplémentaires environ ont ainsi été créés entre 1998 et 2003, dont plus de 60 000 dans les établissements publics. Ces postes concernent pour plus de 60 000 d'entre eux des personnels des services de soins, fréquemment appelés personnels soignants.

Parmi les personnels soignants, les effectifs infirmiers ont connu une croissance particulièrement sensible : 30 000 emplois en ETP ont été créés entre 1998 et 2003. La mise en œuvre de la réduction du temps de travail explique pour partie cette accélération. Ce phénomène se combine à une tendance au renforcement de la qualification des personnels soignants. Le nombre d'infirmiers en ETP a en effet augmenté de 13,4 % entre 1998 et 2003 tandis que celui de l'ensemble des personnels soignants salariés augmentait de 10,6 %. L'augmentation des emplois d'infirmiers est particulièrement sensible dans les hôpitaux publics avec la création de 24 000 emplois en ETP entre 1998 et 2003, ce qui représente un accroissement de 13,8 %.

Plus d'un salarié sur cinq à temps partiel

Plus d'un salarié hospitalier sur cinq exerce à temps partiel. Cette proportion monte à 27 % dans les cliniques privées (graphique 1) et atteint jusqu'à 30 % dans les établissements privés sous dotation globale. Elle n'est en revanche en moyenne que de 19 % pour le personnel des hôpitaux publics. Ce taux de recours au temps partiel dans l'ensemble des établissements de santé, globalement stable dans le temps, recouvre toutefois des évolutions différentes selon les secteurs : une diminution du recours au temps partiel semble s'amorcer en 2002 dans les établissements publics tandis que l'augmentation se poursuit dans le secteur privé quel qu'en soit le mode de financement. Ces emplois correspondent par ailleurs à des quotités de temps différentes selon les secteurs, puisque les personnels à temps partiel travaillent en moyenne 70,9 % d'un temps plein dans les établissements publics contre seulement 52,9 % dans les établissements privés.

Un taux de féminisation particulièrement élevé

Ce recours important au temps partiel est à rapprocher du taux de féminisation particulièrement élevé de ces personnels : 80 % de l'ensemble des salariés non médicaux sont des femmes avec de fortes variations selon les catégories (graphique 2). Les femmes ne représentent ainsi qu'un tiers du personnel technique, mais plus des trois quarts du personnel médico-technique, 87 % des infirmières, 89 % des aides-soignantes et la quasi-totalité des sages-femmes.

Le secteur hospitalier apporte une contribution significative à la politique de l'emploi avec 30 000 emplois aidés (contrats jeunes, emplois solidarité ou emplois consolidés) en 2003, soit près de 3 % du personnel non médical (tableau 2). ■

■ Champ

Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements de santé de France métropolitaine.

■ Définitions

— Il s'agit des **personnels salariés**, rémunérés en décembre par l'établissement ou l'entité juridique sur des emplois permanents (y compris les élèves rémunérés, les personnels en congés simples, de longue maladie, de longue durée, pour formation professionnelle, cessation progressive d'activité, congés de fin d'activité...). Les personnels salariés des établissements publics peuvent être titulaires ou non. Les apprentis et autres contrats aidés ne sont pas comptabilisés dans les effectifs en ETP.

— Les **effectifs** décomptés correspondent au nombre de personnes employées, **l'équivalent temps plein** est calculé dans les tableaux présentés ici en prorata du taux de rémunération.

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

— Un **contrat aidé** est un contrat pour lequel l'employeur bénéficie d'aides des pouvoirs publics. Il s'agit ici du dénombrement des effectifs sur

les emplois aidés suivants : Emplois Jeunes, Contrats Emploi Solidarité, Emplois consolidés.

■ Pour en savoir plus

— B. Segrestin et D. Tonneau, « La réduction du temps de travail dans les établissements privés sanitaires, médico-sociaux et sociaux », *Études et résultats*, n° 171, Drees, mai 2002

— D. Tonneau, « Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? Des difficultés liées à l'organisation », *Études et résultats*, n° 302, Drees, avril 2004

— F. Bousquet, « La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la Fonction publique hospitalière »,

Études et Résultats, n° 224, Drees, mars 2003.

— S. Bessière, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 1, janvier mars 2005

■ Source

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

tableau 1 ● **sages-femmes et personnels non médicaux en 2003**
effectifs en équivalent temps plein (ETP)

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002
Personnel administratif	80 369	3,6 %	14 437	2,1 %	18 869	1,1 %	113 676	3,0 %
Personnel soignants	497 609	2,7 %	65 097	0,9 %	92 545	0,7 %	655 250	2,2 %
- sages-femmes	7 899	4,2 %	638	6,6 %	2 200	0,4 %	10 737	3,6 %
- personnel d'encadrement du personnel soignant	23 324	-1,0 %	3 390	-1,0 %	3 261	-1,6 %	29 974	-1,1 %
- infirmiers (1)	197 787	2,7 %	24 321	0,5 %	38 016	2,1 %	260 124	2,4 %
- aides-soignants (2)	172 805	2,9 %	18 522	1,0 %	27 493	0,5 %	218 820	2,4 %
- agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	77 207	2,7 %	12 186	0,6 %	19 338	-1,6 %	108 730	1,7 %
- autres	18 588	4,6 %	6 040	3,9 %	2 237	4,1 %	26 865	4,4 %
Personnels éducatifs	9 027	5,0 %	2 944	0,8 %	496	-2,9 %	12 468	3,7 %
Personnels médico-techniques	34 955	2,6 %	4 448	1,6 %	2 554	3,7 %	41 958	2,5 %
Personnels techniques	86 595	2,2 %	12 403	-1,4 %	10 027	-1,6 %	109 026	1,4 %
Total	708 556	2,7 %	99 330	0,8 %	124 492	0,6 %	932 378	2,2 %

(1) y compris infirmiers spécialisés et de secteur psychiatrique.

(2) non compris élèves.

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2002-2003, données statistiques

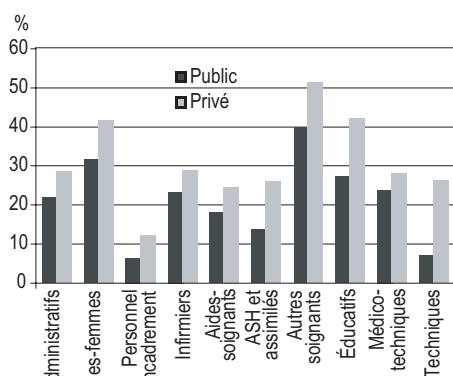
tableau 2 ● **contrats aidés en 2001 et 2003**

Effectifs employés au 31/12 de l'année	2001	2003
Contrats Emploi-Solidarité (CES) et Emplois Consolidés (CEC)	31 100	25 100
Emplois jeunes	6 900	5 300

Champ : France métropolitaine

Source : calculs Dares-Drees

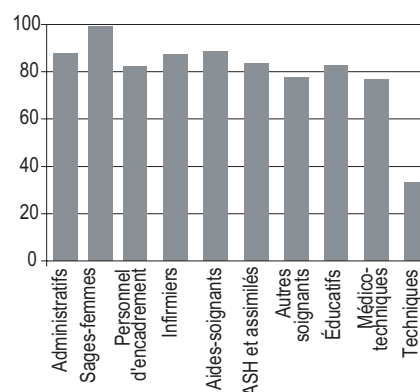
graphique 1 ● **part du temps partiel dans les secteurs publics et privés**



Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

graphique 2 ● **taux de féminisation en 2003**



Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

● L'activité des établissements de santé dans les départements d'outre-mer

En termes de capacités totales, l'offre de soins des établissements de santé dans les départements d'outre-mer est comparable à celle de la métropole. Mais l'activité y est un peu inférieure et l'offre y est essentiellement orientée vers les soins aigus. La place du secteur public y est, davantage qu'en métropole, prépondérante, à l'exception des prises en charge en long séjour.

Une offre essentiellement orientée vers le court séjour

Les départements d'outre-mer comptent une soixantaine d'établissements de santé, représentant au total plus de 8 000 lits et environ 1 000 places d'hospitalisation (tableau T1). Si l'offre, en termes de capacité totale rapportée à la population, est comparable entre les DOM et la métropole, elle apparaît plus faible en matière de psychiatrie, mais surtout de moyen et long séjour : les capacités y sont essentiellement orientées vers les soins aigus (médecine, chirurgie et obstétrique).

L'activité des établissements de santé publics et privés des départements d'outre-mer, mesurée en séjours (entrées en hospitalisation à temps complet et venues en hospitalisation à temps partiel) représente 2 % de l'activité réalisée dans toute la France, alors que la population des DOM représente près de 3 % de la population française.

L'essentiel de l'activité en hospitalisation complète est donc constitué dans les DOM par le court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (93 % des séjours hospitaliers dans les DOM

contre 88 % en métropole), le moyen séjour n'en représentant que 4 %, la psychiatrie 3,5 % et le long séjour seulement 0,1 % (graphique 1). Si l'hospitalisation à temps partiel est moins développée qu'en métropole, elle connaît une croissance plus rapide ces dernières années (+25 % entre 1998 et 2003 contre +9 % en métropole).

Un poids prépondérant des établissements publics

Dans les départements d'outre-mer, le poids du secteur public est plus élevé qu'en métropole. Il y offre 72 % des capacités d'hospitalisation complète et les trois-quarts des places d'hospitalisation à temps partiel. Cela se traduit par une prise en charge de 71 % des séjours d'hospitalisation à temps complet contre seulement 62 % en France métropolitaine. Cette prépondérance du secteur public existe dans toutes les disciplines, à l'exception des soins de longue durée (graphique 2). En matière d'hospitalisation à temps partiel, le poids du secteur public reste également plus élevé qu'en métropole pour les venues en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de même qu'en psychiatrie. ■

■ Champ

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion)

■ Source

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

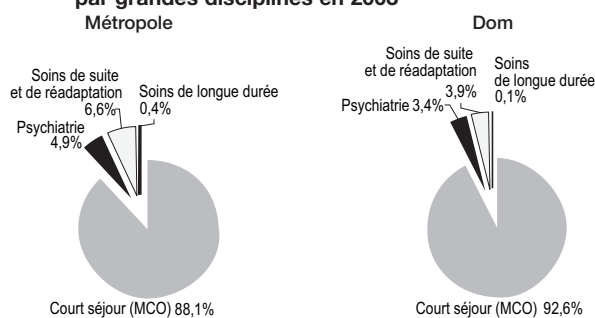
tableau 1 ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par
catégorie d'établissements en 2003 dans les départements d'outre-mer

	Entités	Lits	Places
Secteur public (entités juridiques)	29	6 309	752
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	2	1 699	161
Centre hospitalier (CH)	21	3 853	275
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	3	656	316
Hôpital local	3	101	0
Autres établissements publics	0	0	0
Secteur privé (établissements)	35	2 461	255
Établissement de soins de courte durée	24	1 947	177
Centre de lutte contre le cancer	0	0	0
Établissement de lutte contre les maladies mentales	1	71	15
Établissement de soins de suite et de réadaptation	9	381	55
Établissement de soins de longue durée	1	62	8
Autres établissements privés	0	0	0
Ensemble	64	8 770	1 007

Champ : Dom

Source : Drees, SAE et FINESS 2003

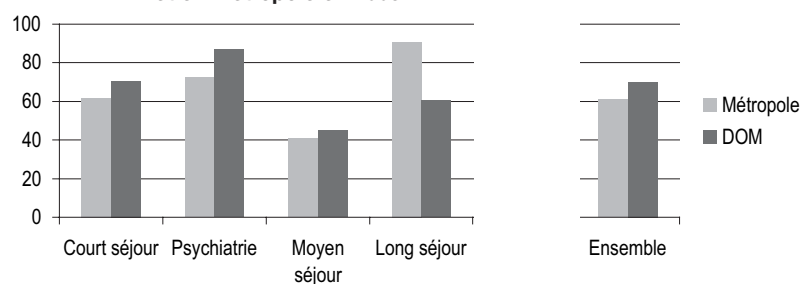
graphique 1 ● structure des séjours en hospitalisation complète
par grandes disciplines en 2003



Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

graphique 2 ● part du secteur public dans les départements d'outre-mer
et en métropole en 2003



Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

3

Médecine, chirurgie et obstétrique

- Médecine, chirurgie, obstétrique : capacité, activité et clientèle
 - La spécialisation en médecine
 - La spécialisation en gynécologie-obstétrique
 - La spécialisation en chirurgie

● Médecine, chirurgie, obstétrique : capacités, activités et clientèle

L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique a connu une restructuration au profit de l'hospitalisation à temps partiel. Sur dix places d'hospitalisation partielle quatre sont détenues par les cliniques en chirurgie, et trois par les hôpitaux publics en médecine. Parallèlement la durée de séjour d'hospitalisations de plus de 24 heures continue à décroître. Les grands motifs de recours à l'hospitalisation de courte durée varient peu sur ces dernières années, mais changent selon le type d'établissement auquel ils s'adressent. Les patients les plus fréquemment hospitalisés sont essentiellement des nourrissons et enfants en bas âge, des femmes qui accouchent et des personnes âgées.

Entre 1992 et 2003, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique en court séjour (MCO) a diminué de 50 000, pour atteindre un peu moins de 230 000 en fin de période (fiche 2 : les capacités d'accueil à l'hôpital). Cette diminution s'est effectuée à des rythmes différents selon les disciplines : -16 % en médecine, -24 % en chirurgie, -21 % en obstétrique mais aussi selon les secteurs, en particulier pour les établissements privés non lucratifs (-36 %). Ces écarts d'évolution n'ont cependant pas modifié de façon significative la répartition globale des lits entre les différents secteurs. En revanche, on assiste à une modification sensible de la part des lits de chirurgie et d'obstétrique dans les hôpitaux publics et les cliniques privées, au détriment de ces dernières.

18 000 places d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique en 2003

Le développement de l'hospitalisation partielle a été, en contrepartie, spécialement important en MCO. On décompte ainsi 18 000 places dédiées à ce mode de prise en charge en 2003, dont 38 % sont des places d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire dans les établissements privés non lucratifs et 31 % sont des places de médecine dans les hôpitaux publics (tableau 1).

La croissance d'activité en médecine et chirurgie passe par l'ambulatoire

Le nombre de séjours médicaux a légèrement progressé en 2003, où il a atteint 9,4 millions. Cette progression s'observe en particulier dans les cliniques ; elle est entièrement portée par la hausse de l'activité d'hospitalisation de moins de 24 heures (+6,9 %) et ce, dans les trois secteurs hospitaliers, alors que l'activité continue à reculer légèrement pour les hospitalisations de plus de 24 heures (-1,3 %) (tableau 2).

L'activité de chirurgie (5 millions de séjours) reste stable en 2003, malgré une forte diminution dans les établissements privés sous dotation globale. En revanche, le nombre de venues en chirurgie ambulatoire connaît en 2003 une croissance de 1,9 % essentiellement imputable aux cliniques privées (+3,6 %).

Le nombre de séjours liés à un accouchement est quant à lui relativement stable après le pic observé en 2000, qui correspond à la reprise de la natalité observée à cette période.

Une réduction sensible de la durée moyenne des séjours

Parallèlement à la diminution du nombre d'hospitalisations de plus de 24 heures, la durée moyenne des séjours en hospitalisation complète s'est réduite assez sensiblement de 1998 à 2003, passant de 6,9 à 6,1 jours (tableau 3). Cette réduction est très marquée dans les cliniques (-26 %), et plus faible pour les hôpitaux publics (-3 %), les établissements privés sous dotation glo-

bale occupant une position intermédiaire (-11 %). La durée moyenne de séjour en cas d'accouchement, également en diminution, est quant à elle de 5,5 jours en 2003 quel que soit le secteur d'hospitalisation.

Des motifs de recours qui changent globalement peu depuis 1998...

La structure des activités de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) selon les grandes catégories de diagnostics est stable depuis 1998 : 8 catégories majeures de diagnostics (CMD) sur les 27 existantes concentrent plus de deux tiers de l'ensemble de l'activité de MCO. Ainsi en 2003, 15 % des séjours se rapportent à des affections du tube digestif et près de 12 % à des affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique (tableau 4). Viennent ensuite les affections de l'appareil circulatoire et les facteurs influant sur l'état de santé (soins liés aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques) ainsi que les grossesses pathologiques et accouchements, CMD représentant chacune 8 à 9 % des séjours. Les affections ORL, celles de la peau et des tissus sous-cutanés ainsi que les affections du système nerveux représentent enfin environ 5 % des séjours.

... mais qui varient selon le type d'établissement

Cette répartition est toutefois variable selon le secteur d'hospitalisation. Dans les cliniques privées, les types d'affection prises en charge sont moins diversifiés. Seules 5 catégories de diagnostic représentent près des deux tiers de l'activité : les affections du tube digestif (24 %), les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique (15 %), les affections ORL (10 %) de l'appareil circulatoire et de l'œil (8 % chacune). Ces dernières apparaissent d'ailleurs comme une spécialité importante de ces établissements (*cf.* fiches spécialisation). À l'inverse, l'une des activités les plus fréquentes des établissements sous dotation globale (publics ou privés) est liée à des dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques (respectivement 12 et 10 %). Les grossesses pathologiques et accouchements constituent également une part significative de l'activité des établissements publics (*cf.* fiche naissance).

Des taux d'hospitalisation variables selon l'âge et le sexe des patients

Trois âges de la vie sont particulièrement concernés par des hospitalisations plus fréquentes (graphique 2). Tout d'abord, 376 000 séjours en MCO, soit 2,5 % des séjours à temps complet ou partiel, concernent des nourrissons alors que les enfants de moins de 1 an ne représentent que 1,26 % de la population (tableau 5). Le deuxième pic concerne les femmes en âge de procréer, entre 15 et 45 ans, et correspond aux séjours liés aux accouchements

tableau 1 ● nombre de lits et places installés au 31 décembre 2003
selon le statut de l'établissement et le type de financement

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	91 417	5 465	9 073	895	12 215	1 620	112 705	7 980
Chirurgie	43 458	1 447	6 970	461	42 777	6 732	93 205	8 640
Obstétrique	14 415	891	1 235	22	6 868	23	22 518	936
Total	149 290	7 803	17 278	1 378	61 860	8 375	228 428	17 556

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

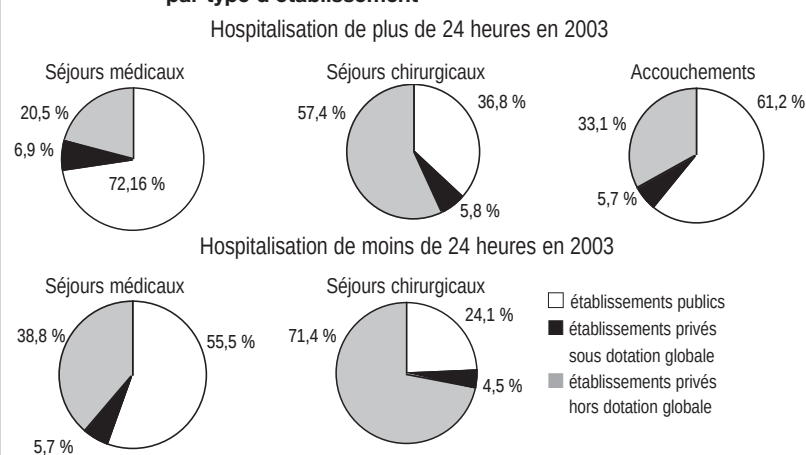
tableau 2 ● nombre de séjours en 2003 selon le statut de l'établissement
et le type de financement

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002	2003	Évolution 2003-2002
Hospitalisation de plus de 24 heures								
Séjours classés en médecine	4 130 054	-1,7 %	392 499	-0,9 %	1 168 164	-0,1 %	5 690 717	-1,3 %
Séjours classés en chirurgie	1 302 029	-0,1 %	206 887	-3,7 %	2 027 857	-0,9 %	3 536 773	1,9 %
Accouchements	457 649	0,1 %	42 499	2,8 %	247 865	-2,7 %	748 013	-0,7 %
Total	5 889 732	-1,2 %	641 885	-1,6 %	3 443 886	-0,8 %	9 975 503	-1,1 %
Hospitalisation de moins de 24 heures								
Séjours classés en médecine	2 040 051	5,4 %	210 610	6,7 %	1 424 128	9,2 %	3 674 789	6,9 %
Séjours classés en chirurgie	347 996	-1,4 %	65 538	-6,3 %	1 030 228	3,6 %	1 443 762	1,9 %
Total	2 388 047	4,3 %	276 148	3,3 %	2 454 356	6,8 %	5 118 551	5,4 %

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002-2003, données statistiques

graphique 1 ● répartition en 2003 des différentes activités en MCO
par type d'établissement



Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2003, données statistiques

● Médecine, chirurgie, obstétrique : capacités, activités et clientèle *suite*

tableau 3 ● durée moyenne de séjour en 1998 et 2003 selon le statut de l'établissement et le type de financement

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003
Hospitalisation de plus de 24 heures								
Séjours classés en médecine	6,7	6,7	6,6	6,3	6,1	4,6	6,6	6,1
Séjours classés en chirurgie	8,1	7,6	8,2	6,7	6,7	5,1	7,3	6,2
Accouchements	6,2	5,5	7,0	5,4	7,5	5,6	6,7	5,5
Total	7,0	6,8	7,2	6,4	6,6	4,9	6,9	6,1

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 1998 et 2003, données statistiques

tableau 4 ● répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique par grande catégorie de diagnostic selon le statut de l'établissement et le type de financement (en %)

Catégorie majeure de diagnostics (CMD)	Établissements publics	Établissements privés sous DG	Établissements privés hors DG	Ensemble des établissements de santé
<i>Nombre de séjours</i>	8 277 779	917 983	5 898 243	15 094 005
Affections du tube digestif	8,8	13,1	23,7	14,9
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique	9,7	9,2	14,5	11,5
Affections de l'appareil circulatoire	9,2	8,7	8,4	8,9
Facteurs influant sur l'état de santé	12,1	10,0	3,0	8,4
Grossesses pathologiques, accouchements et affections post-partum	9,8	6,9	6,5	8,3
Affections ORL	3,6	3,9	9,8	6,0
Affections de la peau et des tissus sous-cutanés	3,6	6,2	6,3	4,8
Affections du système nerveux	7,0	4,4	1,6	4,8
Affections de l'œil	2,1	2,6	8,3	4,5
Affections de l'appareil respiratoire	6,4	5,8	1,4	4,4
Affections du rein et des voies urinaires	3,5	2,8	3,5	3,5
Affections de l'appareil génital féminin	2,1	3,2	4,1	3,0
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	4,0	3,3	1,1	2,8
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	3,2	8,8	1,0	2,6
Total des 14 catégories les plus fréquentes	85,1	88,9	93,2	88,4

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2003, données statistiques

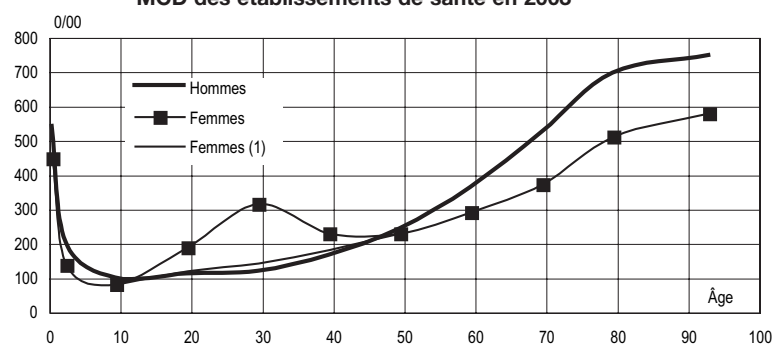
tableau 5 ● répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique selon le sexe et l'âge des patients en 2003

Âge	Hospitalisation partielle (-24 heures)		Hospitalisation complète (+24 heures)		Ensemble des séjours MCO	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
moins de 5 ans	209 714	126 649	311 344	242 479	521 058	369 128
5 à 14 ans	164 603	121 544	205 539	170 079	370 142	291 623
15 à 24 ans	164 124	261 966	272 639	460 156	436 762	722 122
25 à 34 ans	182 957	382 405	295 388	901 987	478 345	1 284 393
35 à 44 ans	286 573	403 263	413 886	598 409	700 459	1 001 672
45 à 54 ans	378 896	398 412	621 512	576 861	1 000 408	975 273
55 à 64 ans	384 129	351 147	679 936	533 577	1 064 065	884 724
65 à 74 ans	371 826	335 070	836 931	710 733	1 208 757	1 045 804
75 à 84 ans	235 145	259 531	712 355	838 408	947 500	1 097 939
85 ans et plus	35 746	64 850	189 845	403 320	225 591	468 169
Ensemble	2 413 712	2 704 839	4 539 374	5 436 009	6 953 086	8 140 848

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2003, données statistiques

graphique 2 ● taux d'hospitalisation* dans les services de soins de courte durée MCD des établissements de santé en 2003



* nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants (France métropolitaine).

(1) non compris grossesse, accouchement.

Champ : Séjours en hospitalisation complète ou partielle, hors séances en France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI 2003, données statistiques

● Médecine, chirurgie, obstétrique : capacités, activités et clientèle *suite*

(748 000 séjours). Enfin, c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement. Au total, environ un séjour en MCO sur trois concerne des personnes de 65 ans ou plus. D'autre part, les hommes ont plus fréquemment recours à l'hospitalisation en MCO que les femmes à partir de 45 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 PMSI. En 2002, le nombre de patients hospitalisés en France métropolitaine en médecine, chirurgie et obstétrique a ainsi été évalué à 10 millions, tous modes d'hospitalisations confondus : 5,5 millions de femmes et 4,5 millions d'hommes. Un patient est hospitalisé en moyenne 1,5 fois au cours de l'année. Si la majorité des patients ne sont hospitalisés qu'une seule fois (74 %), 16 % des patients ont été hospitalisés 2 fois, et 10 %, 3 fois ou plus. Les recours multiples à l'hôpital ne concernent pas toutes les classes d'âge de manière uniforme. Ainsi, la part des hospitalisations multiples va en décroissant de 0 à 10 ans, puis augmente avec l'âge (graphique 3). Les 10-20 ans sont les moins concernés avec 14 % de personnes hospitalisées, et les plus de 70 ans

sont les plus sujets aux hospitalisations multiples, avec 36 % de personnes dans ce cas. Bien que l'hospitalisation soit plus fréquente chez les femmes, elles sont moins concernées par les séjours multiples (24 %, contre 28 % des hommes), y compris lorsque l'on inclut les accouchements.

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

La prise en charge médicale des gastro-entérites et affections du tube digestif constitue un exemple intéressant de la différenciation du recours aux hôpitaux publics et aux cliniques 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. La part de ces établissements diminue progressivement pour passer sous le seuil de 50 % pour les patients âgés de 45 ans à 84 ans. Passé cet âge, les personnes âgées sont à nouveau traitées principalement par les hôpitaux publics (graphique 4).

Cette répartition, caractéristique de la spécialisation des établissements par type de clientèle, se confirme lorsque l'on analyse l'ensemble des recours à l'hôpital par groupes d'âge : les deux périodes extrêmes de la vie sont surtout prises en charge, en soins aigus, par le secteur public. ■

■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités d'hospitalisation, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2003, en France métropolitaine. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (moins de 0,5 %).

■ Définitions

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

— **L'hospitalisation complète** se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à 24 heures. Elle comprend également dans les données présentées les unités fermées le week-end (hospitalisation dite de semaine).

— **L'hospitalisation partielle** concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anes-

thésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

— **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et places installés au 31 décembre 2003, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux. Ces nombres peuvent différer du nombre de lits ou places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés.

— Chaque séjour, enregistré dans le PMSI (voir sources), donne lieu à un recueil d'informations qui permet de le classer dans un **groupe homogène** de malades (GHM). Ce dernier rassemble des séjours relativement proches, à la fois en termes de pathologies ou d'actes thérapeutiques, et de consommation de res-

sources. Les quelque 600 modalités de GHM sont elles-mêmes regroupées en 27 **catégories majeures de diagnostic (CMD)** qui permettent de décrire très grossièrement l'activité des hôpitaux selon les grands groupes de pathologies.

— **Le classement des séjours en accouchements, médecine et chirurgie** est réalisé à partir des GHM et des actes figurant dans les données du PMSI (accouchement avec ou sans complication, acte chirurgical classant, autre) et non à partir de la nature de l'autorisation de l'unité dans laquelle les séjours se déroulent. Il arrive par exemple que des séjours médicaux (pendant lesquels aucun acte chirurgical n'a été réalisé (séjours d'endoscopies, par exemple) aient lieu dans un service de chirurgie.

— **Durée moyenne de séjour** : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre d'entrées observées pour l'hospitalisation de plus de 24 heures.

■ Pour en savoir plus

— S. Audric, V. Carrasco, M. Coldefy,

E. Thomson, « L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 382, Drees, mars 2005.

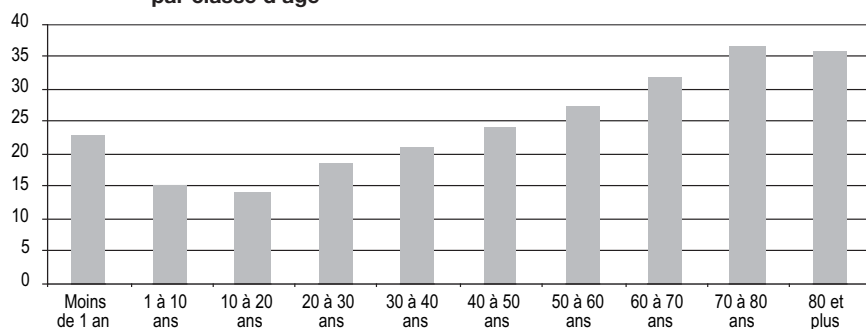
— S. Audric, G. Buisson avec la collaboration de B. Haury, « La spécialisation des établissements de santé », *Études et Résultats*, n° 374, Drees, février 2005.

— *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004*, la Documentation française

■ Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances...) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

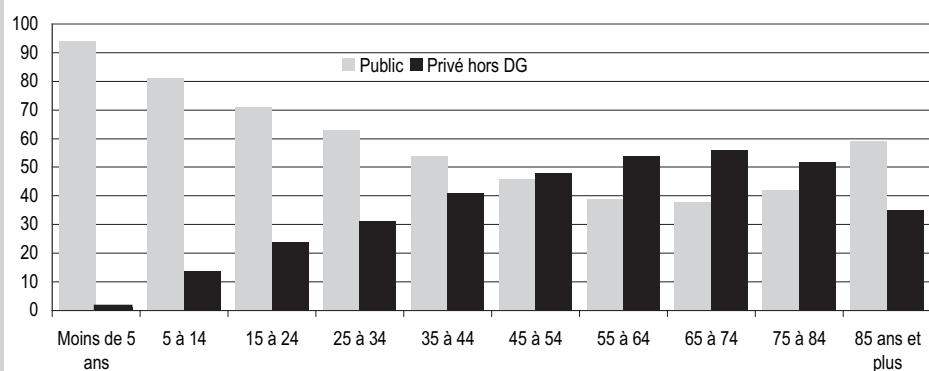
graphique 3 ● **part des personnes hospitalisées plus d'une fois en 2002, par classe d'âge**



Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002, données statistiques

graphique 4 ● **part des gastro-entérites et affections du tube digestif dans les secteurs publics et privé hors DG selon l'âge des patients en 2002**



Lecture : les gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge pour 94 % des cas par le secteur public et 1 % par le privé hors dotation globale.

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002, données statistiques

● La spécialisation en médecine

La spécialisation des établissements de santé en fonction de leur mode de financement, a eu tendance à se poursuivre au cours des dernières années. L'activité de médecine est ainsi prédominante dans les établissements publics, où elle représente 72 % des séjours en MCO, contre 63 % dans les établissements privés sous dotation globale et 52 % dans les cliniques privées. Ces dernières privilégient les séjours médicaux en hospitalisation à temps partiel, notamment les endoscopies sous anesthésie, actes médicaux les plus fréquents dans ces établissements.

En 2002, les deux tiers des séjours étaient réalisés par les secteurs publics, dans le cadre d'activités médicales diversifiées

La part du secteur public dans l'activité de médecine (67 %) est prépondérante pour quasiment tous les groupes d'activité, et supérieure à 75 % pour plus de la moitié d'entre eux (graphique 1). Parmi les groupes d'activité les plus fréquents figure le traitement médical des affections neurologiques (88 %) et pulmonaires (81 %).

Le rôle du secteur public est presque exclusif pour certaines prises en charge aussi diverses que l'infection à VIH, les pathologies psychiatriques ou addictives traitées hors des services de psychiatrie, ou la prise en charge médicale des brûlures et des traumatismes multiples graves. A contrario, le traitement médical des affections de la sphère ORL ou stomatologique se fait dans 40 % des cas seulement dans les hôpitaux publics. Dans ces domaines, ils traitent plutôt des pathologies particulières telles que les troubles de l'équilibre (83 %), les otites moyennes (85 %) et des infections des voies aériennes supérieures.

Les cliniques privées privilégient les séjours médicaux en hospitalisation partielle, notamment pour les endoscopies

L'endoscopie sous anesthésie en ambulatoire est l'acte médical le plus fréquemment réalisé par les cliniques privées. Ainsi 84 % d'entre elles sont réalisées dans ce secteur, contre 11 % dans le secteur public et 5 % dans le secteur privé sous dotation globale (tableau 1), et elles y représentent le tiers de l'ensemble des activités médicales. Ceci explique en partie la prédominance des séjours à temps partiel dans ces établissements : 53 % de leur activité a lieu en ambulatoire contre moins du tiers de celle des deux autres secteurs.

Si le traitement médical des affections cardiaques se fait seulement dans 24 % des cas dans les cliniques privées (contre 70 % dans le secteur public), elles prennent toutefois en charge 47 % des cathétérismes.

56 % des traitements médicaux des affections ORL et stomatologiques sont pris en charge dans les cliniques privées. Les affections buccales et dentaires sont majoritairement traitées en hospitalisation à temps complet tandis que les affections ORL le sont en ambulatoire.

Les affections du tube digestif, et particulièrement les gastro-entérites, représentent également une part importante de l'activité médicale des cliniques privées (13 %), bien qu'elles soient plus fréquemment prises en charge par le secteur public (62 %). La part respective des différents secteurs varie avec l'âge des patients, le secteur public accueillant surtout les jeunes enfants et les personnes les plus âgées (fiche MCO).

Dans le traitement du cancer, les établissements privés sous dotation globale sont spécialisés dans les greffes de moelle, la radiothérapie et la chimiothérapie

Seule 6,5 % de l'activité médicale relève des établissements privés sous dotation globale. Ils prennent cependant en charge près du quart des greffes de moelle et 11 % des pathologies hématologiques. Ce secteur regroupe en particulier les 20 centres de lutte contre le cancer et 58 établissements ayant déclaré une activité de chimiothérapie, pour laquelle ils réalisent un cinquième de l'ensemble des séances. Cette part est encore plus forte pour la chimiothérapie réalisée en hospitalisation complète (29 %). Les cliniques privées se sont, pour leur part, plutôt spécialisées dans les chimiothérapies ambulatoires, dont elles réalisent environ la moitié. ■

■ Champ

Établissements de santé de France métropolitaine

■ Définitions

– **Groupes d'activité** : Les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupés dans le PMSI permettent de définir plusieurs centaines de groupes homogènes de maladies (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chacun des patients. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégories est souvent nécessaire. La classification des

groupes d'activités utilisée ici, l'Outil d'Analyse PMSI ou OAP, a été réalisée par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie...) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

– **Les différents statuts juridiques** des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans la partie 1 : « Le cadre juridique et institutionnel ».

■ Pour en savoir plus

S. Audric, G. Buisson et B. Haury, « La spécialisation des établissements de santé en 2002 », *Études et Résultats*, n° 374, Drees, février 2005

■ Source

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

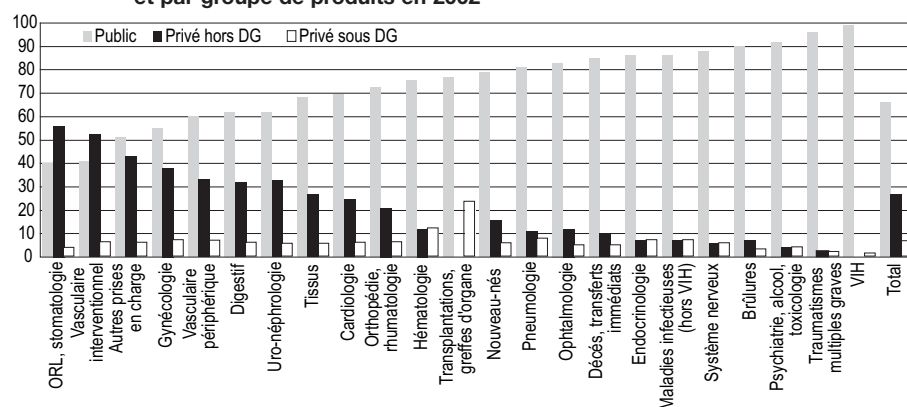
tableau 1 ● **part de prise en charge des activités médicales par statut d'établissement et type de financement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2002 (en %)**

	Établissements publics	Établissements privés sous dotation globale	Établissements privés hors dotation globale
Ensemble activité médicale	66,5	6,5	27,0
Appareil digestif	62,0	6,0	32,0
Affections du tube digestif, hépato-biliaires avec complications majeures	84,0	7,0	9,0
Hépatites, alcool et cirrhoses	84,5	4,5	11,0
Affections du pancréas (non malignes)	76,5	5,5	18,0
Gastroentérites et affections du tube digestif	58,0	5,0	37,0
Autres prise en charge en ambulatoire	61,0	6,0	33,0
ORL, stomatologie	40,0	4,0	56,0
Cavité buccale et dents	25,0	1,5	73,5
Infections ORL	85,0	5,0	10,0
Troubles de l'équilibre	83,0	4,0	13,0
Tumeurs malignes	61,0	12,5	26,5
Autres prise en charge en ambulatoire	26,5	3,5	70,0
Cardiologie	69,5	6,0	24,5
Cardiopathies, valvulopathies	84,0	5,0	11,0
Manifestations fonctionnelles cardiaques	82,0	5,0	13,0
Coronariopathies	86,0	5,0	9,0
Endocardites	78,0	6,0	16,0
Cathétérismes	48,0	5,0	47,0
Affections pulmonaires	81,0	8,0	11,0
Bronchite et asthme	84,5	6,5	9,0
Infections respiratoires	85,0	7,0	8,0
Autres prise en charge en ambulatoire	88,5	7,5	4,0
Traumatismes thoraciques	91,0	3,0	6,0
Autres prise en charge	51,0	6,0	43,0
En ambulatoire	87,0	7,0	6,0
Signes et symptômes	70,0	7,0	23,0
Intoxications et intoxications médicamenteuses	88,0	4,0	8,0
Suivi thérapeutique	75,0	7,0	18,0
Endoscopies en ambulatoire	11,0	5,0	84,0

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002, données statistiques

graphique 1 ● **part de l'activité médicale par type d'établissements et par groupe de produits en 2002**



Lecture : l'activité médicale en ORL et stomatologie est prise en charge par 40 % par le secteur public, 56 % par le privé hors DG et 4 % par le privé sous DG.

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002, données statistiques

● La spécialisation en gynécologie-obstétrique

En 2002, en France métropolitaine, 653 établissements avaient une activité d'obstétrique. Ils ont pris en charge 752 000 accouchements avec 18 389 lits dédiés à cette activité. L'analyse de l'activité des établissements met en évidence une spécialisation selon leur statut juridique. Les deux tiers des accouchements se déroulent dans les hôpitaux publics qui accueillent une part plus élevée des grossesses à risques, des accouchements avec complications et d'affections post partum.

Prédominants en obstétrique, les établissements publics prennent en charge les grossesses à risque et développent leur prise en charge ambulatoire

Les hôpitaux publics prennent en charge 64 % de l'activité d'obstétrique mais 72 % des accouchements avec complications (tableau 1). Ils surveillent notamment la majorité des grossesses à risque, qui nécessitent un suivi rapproché.

C'est ainsi qu'ils ont largement développé les prises en charge ambulatoires dans le domaine obstétrical, en réalisant 76 % de l'ensemble de cette activité, soit 14 % de leur activité totale en obstétrique. En particulier la surveillance des grossesses à haut risque s'y déroule quasiment toujours, ainsi que le traitement en ambulatoire du diabète observé en cours de grossesse. Près de 70 % des affections ante partum, parmi lesquelles on trouve les soins maternels pour affection du fœtus, le traitement de l'hypertension artérielle, de la protéinurie et des œdèmes survenus en cours de grossesse, sont traitées dans ces établissements.

Cette spécialisation des établissements publics dans la prise en charge des grossesses à risque se retrouve dans la répartition sectorielle des maternités selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né qu'elles sont aptes à prendre en charge. En 2002, 47 maternités de niveau 3 (voir fiche naissance) étaient aptes à traiter les cas les plus risqués pour la mère et l'enfant, 203 maternités disposaient d'équipements intermédiaires, dits de niveau 2, et 403 étaient classées au niveau 1 et destinées à prendre en charge les grossesses présentant le moins de risques. Les maternités de niveau 2 et 3 sont presque exclusivement des maternités publiques ou financées par dotation globale (respectivement 85 % et 97 % en 2002) alors que la

moitié des maternités de niveau 1 sont des établissements privés, hors dotation globale.

Par ailleurs, les interruptions thérapeutiques ou volontaires de grossesse représentent 41 % des activités ambulatoires du secteur public où elles ont lieu dans 71 % des cas. Ces interventions sont en général pratiquées en hospitalisation partielle.

La part des cliniques privées a diminué en obstétrique pour atteindre environ 30 % de l'activité

Le nombre de maternités diminue régulièrement depuis de nombreuses années. Sur la période récente, elles sont ainsi passées de 711 en 2000 à 653 en 2002. Cette réduction a davantage touché les cliniques privées (-6 % en 2002), que les maternités sous dotation globale (-2,5 %) et s'inscrit dans une tendance de long terme. En conséquence la proportion d'accouchements réalisés dans les cliniques privées a diminué (34 % en 2002). Elles réalisent cependant 38 % des césariennes et 36 % des accouchements par voie basse sans complication.

Les cliniques prennent par ailleurs en charge 39 % des interruptions de grossesse spontanées et 41 % du dépistage prénatal en ambulatoire.

Les établissements privés sous dotation globale ont une part très faible dans le domaine obstétrical

Ces établissements ne réalisent que 5 % de l'ensemble des activités d'obstétrique. Leur activité se concentre sur le suivi des affections postpartum dont ils assurent 7 %, avec une tendance à l'augmentation depuis 1998 (+3 points). Ce secteur s'est également spécialisé dans les accouchements par voie basse avec complications dont il prend en charge 6,5 %.

■ Champ

Établissements de France métropolitaine disposant d'une autorisation d'obstétrique.

■ Définitions

Les différents statuts juridiques des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans la partie 1 : « Le cadre juridique et institutionnel ».

■ Pour en savoir plus

— D. Baubeau, S. Morais et A. Ruffié, « Les maternités de 1975 à 1996 - un processus de restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, n° 21, Drees, juillet 1999.

— G. Buisson, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 - un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *Études et Résultats*, n° 225, Drees, mars 2003.

■ Source

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

tableau 1 ● **part de prise en charge des activités obstétricales par statut d'établissement et type de financement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2002 (en %)**

	Établissements publics	Établissements privés sous dotation globale	Établissements privés hors dotation globale
Ensemble activité obstétricale	64,0	5,0	31,0
Accouchements	61,0	5,0	34,0
avec complications	72,0	6,5	21,5
sans complications	59,0	5,0	36,0
Affections ante partum	69,0	5,0	26,0
dont :			
Œdèmes, protéinurie et hypertension liées à la grossesse	75,0	4,0	21,0
Diabète en cours de grossesse	89,0	4,0	7,0
Soins maternels pour affection du fœtus	84,0	5,0	11,0
Affections post partum	68,0	7,0	25,0
Interruptions de grossesse			
spontanées	56,0	5,0	39,0
volontaires ou thérapeutiques	69,0	3,0	28,0
Surveillance d'une grossesse à haut risque	84,0	4,5	11,5
Diverses prises en charge en ambulatoire	76,0	3,0	21,0
dont :			
Interruptions volontaires ou thérapeutiques de grossesse	71,0	4,0	25,0
Dépistage prénatal	56,0	3,0	41,0
Surveillance des grossesses à haut risque	95,5	1,5	3,0
Diabète en cours de grossesse	93,0	5,0	2,0

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002, données statistiques

● La spécialisation en chirurgie

Les cliniques privées réalisent près des deux tiers de l'activité chirurgicale et les trois quarts de celle réalisée en ambulatoire. Les établissements publics, pour leur part, réalisent de façon prédominante les activités chirurgicales les plus complexes. Les établissements privés sous dotation globale assurent une forte activité de chirurgie du cancer.

Les hôpitaux publics réalisent un peu moins du tiers de l'activité chirurgicale mais des actes en général plus complexes

Bien qu'ils ne totalisent que 32 % de l'activité de chirurgie, les établissements de santé publics ont la quasi-exclusivité de certains groupes d'activité (graphique 1) tels que les transplantations d'organes (97 %), la prise en charge chirurgicale des traumatismes graves et multiples (85 %) et celles des brûlures, telles que les greffes de peau (81 %). Les autres types d'intervention qui sont majoritairement pratiqués dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, avec essentiellement des craniotomies (89 %), de la chirurgie cardiaque (chirurgie valvulaire, pontages aorto-coronariens) [tableau 1].

La chirurgie orthopédique n'est prise en charge qu'à 35 % dans le secteur public, mais les actes complexes, tels que la chirurgie majeure du genou, de la hanche ou du fémur y sont plus fréquents.

De même, 22 % des interventions d'ophtalmologie sont réalisées dans les établissements publics, mais il s'agit d'interventions souvent lourdes sur l'orbite (64 %), sur la rétine (49 %) ou intra-oculaires (50 %).

Les interventions sur l'appareil digestif sont plus hétérogènes en termes de complexité, allant de la chirurgie de l'intestin grêle ou du colon à des appendicectomies ou des hernies.

Entre 1998 et 2002, les établissements publics ont renforcé leur activité dans le traitement chirurgical des brûlés et des traumatisés multiples, alors que leur part dans la neurochirurgie diminuait de 10 points, surtout pour des interventions sur le rachis ou la moelle épinière.

Six interventions chirurgicales sur dix et trois interventions chirurgicales en ambulatoire sur quatre sont réalisées dans les cliniques privées

Les établissements privés sous OQN se sont spécialisés dans les interventions chirurgicales les plus standardisées (graphique 2) qui permettent une prise en charge ambulatoire. Ils réalisent ainsi plus de 80 % de la chirurgie de la cataracte, 78 % des arthroscopies, 81 % de la chirurgie des varices, 77 % des opérations des amygdales, végétations et poses de drains transtympaniques ainsi que 69 % de la chirurgie de la main (libération du canal carpien en particulier), activités qui représentent au total un tiers de l'activité chirurgicale de ces établissements.

La majorité des interventions chirurgicales en ambulatoire est réalisée dans ce secteur, qui assure les trois quarts des séjours chirurgicaux de moins de 24 heures.

Les établissements privés sous dotation globale ont une forte activité dans le domaine de la chirurgie carcinologique

Les établissements privés sous dotation globale assurent 6 % du total de l'activité chirurgicale.

Comme pour les activités de médecine (voir fiche précédente), cette catégorie d'établissements, qui comprend les centres de lutte contre le cancer, a un poids important dans le traitement des pathologies cancéreuses, en particulier la chirurgie des tumeurs d'origine hématologique ou pulmonaire (13 % pour chacune).

La chirurgie gynécologique (tumeurs et affections du sein) est réalisée à hauteur de 9 % par ces établissements. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale a augmenté de 5 points depuis 1998 et atteint 23 % en 2002. ■

■ Champ

Établissements de santé de France métropolitaine

■ Définitions

– **Groupes d'activité** : Les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupés dans le PMSI permettent de définir plusieurs centaines de groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chacun des patients. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégories est souvent nécessaire. La classification des

groupes d'activités utilisée ici, l'Outil d'Analyse PMSI ou OAP, a été réalisée par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie...) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

– **Les différents statuts juridiques** des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans la partie 1 : « Le cadre juridique et institutionnel ».

■ Pour en savoir plus

S. Audric, G. Buisson et B. Haury « La spécialisation des établissements de santé en 2002 », *Études et Résultats*, n° 374, Drees, février 2005

■ Source

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

tableau 1 ● **part de prise en charge des activités « chirurgicales » par type d'établissements**
pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2002 (en %)

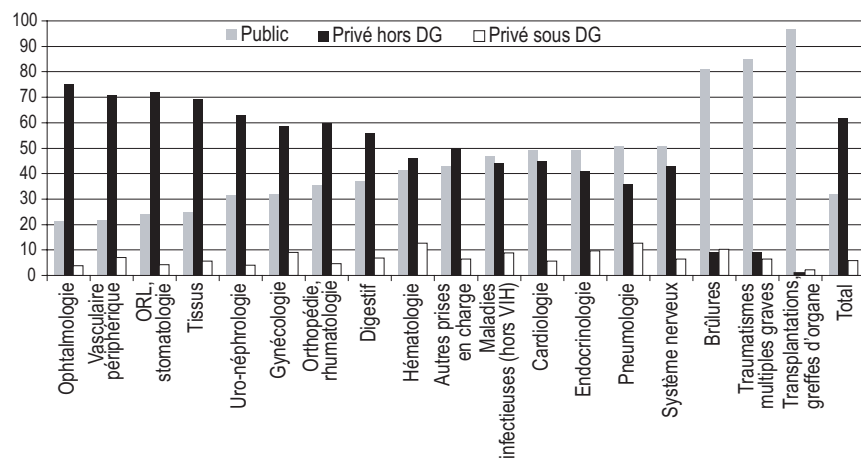
	Établissements publics	Établissements privés sous dotation globale	Établissements privés hors dotation globale
Ensemble activité chirurgicale	32,0	6,0	62,0
Appareil digestif	37,0	7,0	56,0
Hernies	34,0	7,0	60,0
Appendicectomies	42,0	4,0	54,0
Cholécystectomies et chirurgie biliaire	39,0	7,0	54,0
Chirurgie du grêle-colon	49,0	8,0	43,0
Autres chirurgies du foie, pancréas et voies biliaires	61,0	10,0	28,0
Chirurgie de la rate	82,0	5,0	13,0
Chirurgie rectum-anus	24,0	9,0	67,0
ORL, stomatologie	24,0	4,0	72,0
Amydalectomies, végétations et drains trans-tympaniques	18,0	4,0	77,0
Chirurgie ORL majeure	60,0	12,0	28,0
Autres prise en charge en ambulatoire	18,5	4,0	77,5
Cardiologie	49,0	6,0	45,0
Chirurgie valvulaire	62,0	7,0	31,0
Autre chirurgie cardiaque	56,0	12,0	32,0
Pontage coronarien	56,0	7,0	37,0
Ophtalmologie	22,0	4,0	75,0
Infections œil	45,0	5,0	50,0
Cataractes	16,0	3,5	80,5
Chirurgie ophtalmique lourde	50,0	5,0	45,0
Autres prises en charge en ambulatoire	24,0	5,0	71,0
Orthopédie, rhumatologie	35,0	5,0	60,0
Chirurgie majeure orthopédique (hanche, genou et fémur)	38,5	6,0	55,5
Chirurgie autres membres	43,0	5,0	52,0
Ablations matériel	52,0	4,5	43,5
Amputations	60,0	7,0	33,0
Chirurgie main et poignet	27,5	3,5	69,0
Arthroscopie	17,5	4,5	78,0
Système nerveux	51,0	6,0	43,0
Craniotomies	89,0	4,0	7,0
Vasculaire périphérique	22,0	7,0	71,0
Ligatures des veines	14,0	5,0	81,0

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002, données statistiques

● La spécialisation en chirurgie *suite*

graphique 1 ● **part de l'activité chirurgicale par type d'établissements et par groupe de produits en 2002**

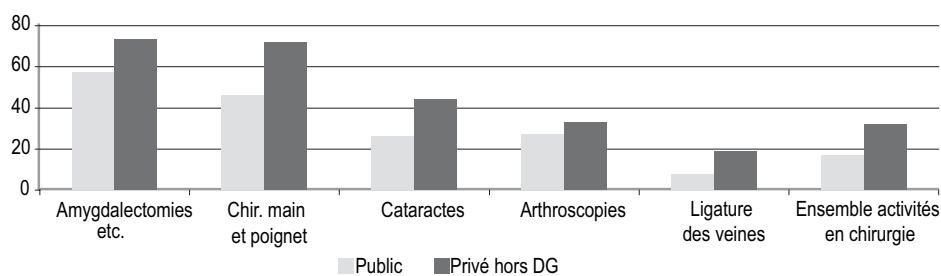


Lecture : l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge pour 21 % des cas par le secteur public, 75 % par le privé hors DG et 4 % par le privé sous DG.

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002, données statistiques

graphique 2 ● **part de l'activité ambulatoire par activité en chirurgie dans le secteur public et privé hors DG en 2002**



Lecture : les opérations des amygdales, des végétations et les poses de drains trans-tympaniques s'effectuent en ambulatoire pour 73 % des cas dans le privé hors DG et pour 57 % dans le public.

Champ : France métropolitaine

Source : Dhos-Drees, PMSI-MCO 2002, données statistiques

4

Les plateaux techniques

- Les équipements chirurgicaux
 - L'activité d'anesthésie
- L'équipement en imagerie des établissements de santé sous dotation globale

● Les équipements chirurgicaux

Les plateaux techniques de chirurgie constituent un lieu de technicité des établissements de santé. Le type d'activité chirurgicale, plus ou moins complexe, et plus ou moins programmable selon les établissements, influe sur l'organisation de ces plateaux. En découle une diversité d'équipements et des moyens en personnel affectés à cette activité. Si les cliniques réalisent les deux tiers de l'activité chirurgicale les opérations les plus complexes (évaluées par le KC moyen) sont plus fréquemment réalisées dans les CHR, ainsi que les interventions chirurgicales d'urgence. Le taux d'utilisation des salles d'intervention chirurgicale dont 45 % équiper le secteur public, est à cet égard nettement plus important dans les cliniques privées, ce qui reflète également le caractère plus programmable et moins complexe de l'activité chirurgicale qui y est réalisée.

Des interventions moins nombreuses, mais plus complexes, dans les centres hospitaliers régionaux

Plus de 6 millions d'interventions chirurgicales sous anesthésie ont été réalisés en 2003 dans l'ensemble des établissements de santé, dont les deux tiers dans les cliniques (tableau 1). Les centres hospitaliers régionaux, qui n'en ont effectué que 11 %, pratiquent par contre des interventions plus complexes, comme l'indique le nombre moyen d'actes rémunérés par intervention qui y est beaucoup plus élevé que dans les autres établissements (120 pour une moyenne nationale de 95). Une analyse plus fine de la nature des interventions réalisées dans les établissements publics précise ce résultat avec des activités comme les greffes, la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque lourde... (voir fiche spécialisation chirurgicale). Les établissements publics assurent également 70 % des interventions chirurgicales réalisées la nuit, en urgence.

Un taux d'utilisation des blocs plus élevé dans les cliniques privées

La nécessaire disponibilité de blocs pour réaliser des interventions en urgence dans les établissements publics, ainsi que la

durée d'intervention en moyenne plus longue, des interventions pratiquées dans les CHR, expliquent pour partie que le taux d'utilisation des salles d'intervention chirurgicale, varie sensiblement selon les secteurs : le nombre annuel d'interventions par salle est en moyenne de 1 253 dans les cliniques privées et de 743 dans les CHR (graphique 1).

Un personnel infirmier plus nombreux et plus qualifié dans les établissements sous dotation globale

Les plateaux techniques de chirurgie mobilisent des personnels qualifiés. En 2003, 1 914 personnels d'encadrement, 6 952 infirmières de bloc opératoire (IBODE) et 14 780 infirmières non spécialisées étaient affectées au fonctionnement des blocs opératoires (tableau 2). La structure des personnels des blocs opératoires par qualification diffère également selon les secteurs. Les personnels qui y sont affectés sont globalement plus qualifiés dans le secteur sous dotation globale (73 %) des IBODE y exercent et on y compte un ratio de 1,6 infirmière diplômée d'état (non spécialisée) pour une IBODE, contre 3,5 dans les cliniques privées. De façon globale les ratios de personnel infirmier rapportés au nombre d'interventions ou de salles sont plus élevés dans le secteur sous dotation globale, et en particulier dans les CHR (graphique 2). ■

■ Champ

France métropolitaine. Pour le calcul du taux d'utilisation des salles d'intervention chirurgicale, les établissements pratiquant des interventions de chirurgie cardiaque ou de neurochirurgie ont été exclus afin de rendre les comparaisons homogènes (ces interventions étant particulièrement longues).

■ Définitions

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

— **Séjours chirurgicaux** : sont ici classés comme tels les séjours identifiés dans le PMSI (voir le chapitre : Les grandes sources de données sur les établissements de santé) par un acte classant de chirurgie.

— **KC** : lettre clé de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Le KC permettait jusqu'en 2005 de tarifier les actes chirurgicaux et constituait ainsi un indicateur grossier de la « complexité » des actes et donc également de leur durée.

— **Personnel d'encadrement** : il s'agit des surveillants, surveillants chefs infirmiers et des cadres infirmiers.

— **Infirmiers du bloc opératoire diplômé d'état (IBODE)** : il s'agit

d'infirmiers ayant acquis une formation complémentaire après leur diplôme d'état pour assister les chirurgiens.

■ Pour en savoir plus

— S. Audric et G. Buisson, « La spécialisation des établissements de santé en 2002 », *Études et Résultats*, n° 374, février 2005.

— D. Baubeau et E. Thomson, « Les plateaux techniques liés aux interventions sous anesthésie entre 1992 et 2000 », *Études et Résultats*, n° 189, septembre 2002.

■ Sources

La statistique annuelle des établisse-

ments de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances...) et facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

tableau 1 ● principales données concernant les plateaux techniques de chirurgie en 2003

	Ensemble des établissements publics			Établissements privés		
	Ensemble	CHR	Autres	Sous DG	Hors DG	Total
Nombre d'établissements géographiques ayant une activité chirurgicale	481	96	385	106	628	1 215
Nombre de salles d'intervention chirurgicale	3 744	1 620	2 124	565	3 944	8 253
Nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire	60	72	56	54	61	61
Séjours chirurgicaux en 2003 hors césariennes (source PMSI)	1 641 980	695 541	946 439	271 984	3 056 138	4 970 102
Nombre d'interventions chirurgicales avec anesthésie	1 819 469	702 100	1 117 369	361 501	4 017 124	6 198 094
Nombre moyen de KC par intervention en 2003	97	120	83	95	94	95
Interventions chirurgicales réalisées la nuit	95 871	47 260	48 611	5 190	34 718	135 779
Nombre d'établissements géographiques ayant déclaré une activité chirurgicale de nuit	246	42	204	42	277	565

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

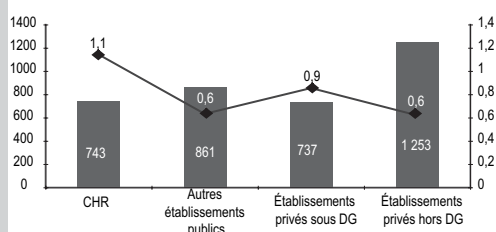
tableau 2 ● personnel infirmier du bloc opératoire

	Établissements publics			Établissements privés		Total
	Ensemble	CHR	Autres	Sous DG	Hors DG	
Effectifs encadrement	1 019	515	504	163	732	1 914
Effectifs IBODE	4 502	2 060	2 442	586	1 864	6 952
Effectifs IDE non spécialisés	7 242	3 665	3 577	951	6 587	14 780
Total effectifs infirmiers	12 763	6 240	6 523	1 700	9 183	23 646
ETP encadrement	944	480	464	154	687	1 785
ETP IBODE	4 152	1 883	2 269	534	1 643	6 328
ETP IDE non spécialisés	6 755	3 443	3 311	828	5 770	13 353
Total ETP infirmiers	11 850	5 806	6 045	1 516	8 101	21 468

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

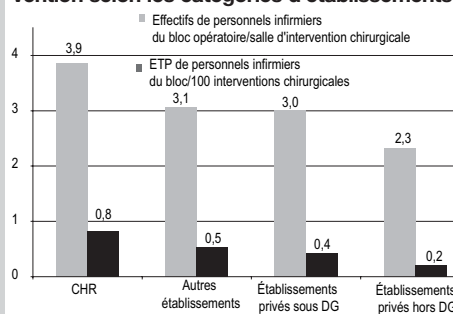
graphique 1 ● taux d'utilisation des salles d'opération et nombre d'anesthésistes par salle selon les catégories d'établissements



Champ : France métropolitaine, hors établissements pratiquant la chirurgie cardiaque ou de la neurochirurgie.

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

graphique 2 ● densité de personnel infirmier (encadrement, Ibode, IDE) par salle et par intervention selon les catégories d'établissements



Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

● L'activité d'anesthésie

L'organisation de l'anesthésie dans les établissements de santé est dépendante des types d'activités qu'ils ont développées. La tendance est au regroupement des sites anesthésiques pour faciliter la surveillance des patients et les consultations pré-anesthésiques, destinées à améliorer la sécurité des interventions, se développent.

3 200 sites anesthésiques réunissant des activités diversifiées

L'activité anesthésique ne concerne pas seulement les interventions chirurgicales : on compte ainsi 3 salles d'anesthésie pour 2 salles de chirurgie dans le secteur sous dotation globale et 2,5 pour 2 dans les cliniques privées. Environ 11 300 salles, où sont pratiquées, outre les interventions chirurgicales, des explorations sous anesthésie (endoscopies, radiologie interventionnelle...) sont regroupées dans près de 3 200 sites anesthésiques pour faciliter la gestion des moyens destinés à la surveillance post-interventionnelle (tableau 1). En 2003, on compte donc en moyenne 3,6 salles destinées aux actes sous anesthésie par site, le nombre de salles de surveillance post-interventionnelle s'élevant à 1 931 pour 11 202 postes de réveil. 38 % des sites et 42 % des salles se situent dans des cliniques privées.

Davantage de personnel spécialisé par salle dans les CHR

8 380 emplois de médecins anesthésistes-réanimateurs sont consacrés, dans les établissements, pour tout ou partie de leur temps à la pratique des anesthésies (tableau 2). Plus de la moitié de ces emplois concernent les CHR, où ne sont pourtant installées que 20 % des salles. La nécessité d'organiser dans ces

établissements des permanences afin de pouvoir y pratiquer des interventions en urgence, qui peuvent s'avérer lourdes, explique sans doute pour partie ce résultat.

Les médecins intervenant à temps partiel dans plusieurs structures, sont comptabilisés à plusieurs reprises pour chaque établissement dans lequel ils interviennent. 7 681 infirmiers spécialisés (aides anesthésistes), pour un équivalent de 6 500 emplois à temps plein, les assistent. La plupart (87 %) exercent dans les établissements publics.

Plus de 80 % des interventions sous anesthésie sont précédées d'une consultation

Plus de 4 millions de consultations pré-anesthésiques ont été réalisées en 2003. Ce chiffre est en légère augmentation (+1 %) par rapport à l'année précédente. Bien qu'obligatoires en principe depuis 1994, ces consultations restent en nombre inférieur à celui des interventions sous anesthésie (4 310 664), du fait de la réalisation en urgence de certaines d'entre elles, ce qui ne permet pas toujours une consultation préalable. Le taux de consultations pré-anesthésiques, en progression globale par rapport à 2002, est d'ailleurs plus élevé (0,92) dans les cliniques privées où les interventions programmées sont plus fréquentes. ■

■ Champ

France métropolitaine.

■ Définitions

– **Consultation d'anesthésie ou pré-anesthésique** : le décret n° 94-1 050 du 5 décembre 1994 relatif à la pratique de l'anesthésie a rendu obligatoire une consultation pré-anesthésique avant toute anesthésie générale ou loco-régionale lors d'une intervention programmée.

– **Surveillance post-interventionnelle et postes de réveil** : ce même décret a rendu obligatoire la surveillance continue après l'intervention qui se pratique dans les salles de surveil-

lance post-interventionnelle, situées près des sites où sont réalisées les anesthésies. Une salle de surveillance post-interventionnelle comprend au minimum 4 postes de réveil.

– **Site anesthésique** : lieu géographique composé d'une ou plusieurs salles où des actes d'anesthésie sont réalisés (un bloc opératoire de 2 salles = un site).

– **Endoscopie** : l'endoscopie consiste à introduire une caméra (ou « endoscope ») dans un conduit ou une cavité de l'organisme.

– **Radiologie interventionnelle** : elle permet de réaliser des actes diagnostiques ou thérapeutiques

(ponction-biopsie, évacuation d'un hématome) lors d'exams d'imagerie qui permettent de guider les gestes du médecin.

■ Pour en savoir plus

D. Baubeau et E. Thomson, « Les pratiques techniques liées aux interventions sous anesthésie entre 1992 et 2000 », *Études et Résultats*, n° 189, septembre 2002

■ Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en

hospitalisation partielle, séances...) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau 1 ● principales données concernant l'anesthésie

	Ensemble des établissements publics	CHR	Autres établissements publics	Établissements privés sous dotation globale	Établissements privés hors dotation globale	Total
Nombre de sites anesthésiques	1 717	622	1 095	232	1 213	3 162
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie	5 670	2 202	3 468	741	4 888	11 299
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie par site anesthésique	3,3	3,5	3,2	3,2	4,0	3,6
Salles de surveillance post-interventionnelle	909	381	528	163	859	1 931
Nombre de postes de réveil	4 854	2 123	2 731	741	5 607	11 202
Consultations d'anesthésie en 2003	1 643 981	644 197	999 784	289 462	2 097 439	4 030 882
Nombre de consultations anesthésiques/interventions réalisées sous anesthésie (1)	0,78	0,81	0,76	0,72	0,92	0,84

(1) Toutes les interventions réalisées sous anesthésie : chirurgie, endoscopie, radiologie interventionnelle...

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

tableau 2 ● personnel médical et paramédical spécialisé en anesthésie

	Ensemble des établissements publics	CHR	Autres établissements publics	Établissements privés sous dotation globale	Établissements privés hors dotation globale	Total
Effectifs de médecins anesthésistes	4 713	2 518	2 195	634	3 033	8 380
Effectifs d'infirmiers aides anesthésistes (IADE)	6 680	3 237	3 443	589	412	7 681
ETP d'infirmiers aides anesthésistes (IADE)	5 713	2 521	3 191	502	285	6 500

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

● L'équipement en imagerie des établissements de santé sous dotation globale

Les appareils d'imagerie sont une composante importante des plateaux techniques hospitaliers. Les progrès techniques et le coût des nouveaux appareils plus performants sont à l'origine d'une concentration et d'un partage des équipements. Les délais d'attente moyens pour accéder à certains équipements lourds (scanners, IRM) sont encore importants, particulièrement pour les patients non hospitalisés et dans les CHR.

Des matériels plus performants et plus concentrés

En 2003, 763 établissements de santé publics et privés sous dotation globale ont déclaré au moins une salle de radiologie conventionnelle, soit un total de 1 906 salles en France métropolitaine. Parmi ces établissements, 416 sont en outre équipés de salles de radiologie numérisée, au nombre de 1 235. Les salles de radiologie conventionnelle, technologie maintenant ancienne, diminuent régulièrement. Après une diminution évaluée à 25 % entre 1994 et 2001, leur nombre est passé de 2 915 en 2001 à 1 906 en 2003, au profit des salles numérisées dont la part atteint désormais 39 % en 2003, alors qu'elle était évaluée à 9 % en 1994. Il faut ajouter à ces salles numérisées 363 salles de radiologie vasculaires destinées aux angiographies et aux coronarographies ainsi que 1 367 échographes doppler dans les services d'imagerie. Au total, dans les 2 433 salles de radiologie dont l'activité est fournie, un peu plus de 20 millions de radiologies ont été réalisées en 2003, soit une moyenne annuelle de 8 397 examens par salle.

Le coût des nouveaux équipements plus performants a donc vraisemblablement incité les hôpitaux à concentrer leurs efforts et à optimiser l'équipement et l'utilisation des salles.

Certains équipements lourds en matière d'imagerie nécessitent une autorisation. 369 établissements ont déclaré disposer d'au moins un scanner, pour un nombre total de 429 appareils. 161 établissements déclarent au moins un appareil à résonance magnétique pour un total de 178. Enfin, 113 établissements dis-

posent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 267 gammacaméras. Toutefois, ce nombre est sous-estimé en raison d'un certain nombre de non-réponses. D'autre part, d'autres hôpitaux peuvent avoir accès à ce matériel dans le cadre de conventions de co-utilisation, le partage des équipements lourds étant encouragé.

Des délais d'attente encore importants pour certains équipements

En 2003, le délai d'attente évalué par les établissements pour un patient en consultation externe avant de bénéficier d'un examen de scanner est en moyenne de 16 jours, contre 5,5 jours en moyenne pour un patient hospitalisé. Ces délais, qui étaient comparables l'année précédente, sont toutefois variables selon les entités considérées : ils sont notamment plus longs dans les CHR (8 jours pour un patient hospitalisé), alors même que la durée moyenne d'ouverture par semaine y est plus longue (71 heures par semaine contre 49 pour l'ensemble des établissements sous DG). On peut supposer que la plus grande complexité des pathologies traitées dans les CHR induit un besoin d'examens plus important et peut-être des examens de durée plus longue, mais aucune donnée ne permet d'étayer cette hypothèse au niveau national.

Malgré des temps d'ouverture plus importants, les délais d'attente avant de bénéficier d'un examen d'IRM sont plus longs que pour les scanners : 36 jours en consultation externe et 12 pour les patients hospitalisés. Ils semblent cependant légèrement diminuer par rapport aux estimations de l'année précédente. ■

■ Champ

Seuls sont comptabilisés les équipements d'imagerie des établissements sous dotation globale. En effet, les cabinets de radiologie implantés au sein des cliniques privées sont plus souvent des sociétés civiles de moyens ou professionnelles détenues par des praticiens libéraux et constituent des entités distinctes des cliniques. Ils sont de ce fait considérés comme des cabinets libéraux et échappent donc au recensement de la SAE qui ne couvre que les établissements de santé.

■ Définitions

– **La radiologie** est une technique basée sur l'utilisation des rayons X.

– **Radiologie numérisée** : la radiologie numérisée constitue une améliora-

tion technique par rapport à la radiologie conventionnelle par l'aide d'un ordinateur pour la réalisation des films.

– **Radiologie vasculaire et coronarographie** : les examens des vaisseaux se déroulent dans des salles spécialisées permettant les injections intravasculaires nécessaires aux angiographies (visualisation des vaisseaux) en toute sécurité. Les coronarographies (visualisation des artères coronaires) qui nécessitent un équipement encore plus spécialisé peuvent être réalisées également dans les salles de radiologies vasculaires sous réserve d'un équipement spécifique.

– **Scanner ou tomodensitomètre** : il utilise également les rayons X mais permet de visualiser des tranches d'épaisseur variable.

– **Imagerie par résonance**

magnétique nucléaire (IRM) :

comme son nom l'indique, l'IRM utilise les propriétés électromagnétiques du corps humain. Elle met en évidence sous forme d'image les contrastes entre différents tissus tels que l'os et les muscles ou tendons, par exemple.

– **Échographe doppler** : les échographes utilisent les ultrasons. Les échographes doppler permettent d'explorer le flux sanguin dans les vaisseaux. Seuls sont comptabilisés ici ceux qui sont situés dans les services d'imagerie.

– **Caméra à scintillation ou gamma-caméra** : elle est utilisée en médecine nucléaire pour la détection de certains radioéléments utilisés pour certains diagnostics (isotopes radioactifs de certains éléments natu-

rels : iode, technétium, fluor...)

– **Tomographe à émission de positons (TEP) ou caméra à positons** : ces équipements sont basés sur le même principe que la gammacaméra dont ils constituent l'évolution technologique et détectent des positons (ou positrons)

■ Source

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

tableau 1 ● équipement en imagerie des établissements sous dotation globale en 2003

Type d'équipement	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils ou de salles	Délais d'attente pour consultants externes (en jours)	Délais d'attente pour patients hospitalisés (en jours)	Nombre moyen d'heures d'ouverture par semaine
Scanner	369	429	16	5,5	49
IRM	161	178	36	12	51
Caméra à scintillation	113	267	5,4	2	47,5
Tomographe à émission/caméra à positons	22	24			
Echographe doppler	657	1 367			
Salles de radiologie conventionnelle	763	1 906			
Salles de radiologie numérisées	416	1 235			
Salles de radiologie vasculaire	204	363			
dont salles de coronarographie	108	140			

Champ : France métropolitaine, établissements de santé sous dotation globale

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

5

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

- La lutte contre les infections nosocomiales
 - La naissance
- La prise en charge des urgences
 - L'activité de radiothérapie
- L'insuffisance rénale chronique
- L'offre hospitalière en psychiatrie
 - La psychiatrie sectorisée

● La lutte contre les infections nosocomiales

1 828 établissements de santé ont déclaré être dotés d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales en 2003. Parmi eux, 83 % se sont dotés d'un programme d'action spécifique et 62 % ont constitué une équipe opérationnelle d'hygiène.

La lutte contre les infections nosocomiales, c'est-à-dire celles contractées au sein des établissements de santé, mobilise des moyens spécifiques au sein des établissements de santé. Le Code de la Santé Publique prévoit ainsi que tous les établissements de santé doivent constituer un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et remplir annuellement un bilan standardisé des activités de lutte contre ces infections. De même tous les établissements doivent disposer d'une équipe opérationnelle d'hygiène.

Sur l'ensemble des 2 205 établissements ayant adressé un bilan en 2003, 1 828, soit 95 % se déclarent dotés d'un CLIN. La majorité des établissements (83 %) déclare s'être dotée d'un programme d'action pour lutter contre les infections nosocomia-

les (tableau 1). Les établissements publics de court séjour ont adopté un tel programme dans 93 % des cas, de même que la totalité des CLCC, 96 % des établissements privés PSPH et 89 % des autres établissements privés. Ces programmes d'action ne sont toutefois pas encore aussi répandus dans les établissements de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation, ou dans les petites structures publiques (hôpitaux locaux).

Par ailleurs, 62 % des établissements déclarent avoir constitué une équipe opérationnelle d'hygiène. Les établissements publics, particulièrement les CHRU (84 %) et les centres hospitaliers pratiquant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (88 %) semblent les mieux pourvus en ce domaine, de même que les centres de lutte contre le cancer (81 % des établissements). ■

■ Champ

Tous les établissements de santé publics et privés sauf les établissements militaires et les services d'hospitalisation à domicile. Tous ne renvoient pas encore le bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales malgré une augmentation régulière des établissements répondants (+ 28 % entre 2000 et 2003). On estime cependant que l'information connue en 2003 couvre quatre cinquièmes de la capacité totale d'accueil des établissements de santé.

■ Définitions

– **CLIN** : le comité de lutte contre les infections nosocomiales coordonne au sein de l'établissement l'action des professionnels en matière de prévention, surveillance et définition d'actions d'information et de formation des professionnels en matière d'hygiène hospitalière.

■ Pour en savoir plus

– Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales : analyse

nationale 2001-2003 DGS/DHOS - Cellule infections nosocomiales (www.cclin-sudouest.com : bilan des CLIN)

– Synthèse annuelle des bilans annuels d'activité de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. 2003 - DGS/DHOS - Cellule infections nosocomiales (www.cclin-sudouest.com : bilan des CLIN)

■ Source

Synthèse annuelle des bilans annuels

d'activité de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, 2003, DGS/DHOS, Cellule infections nosocomiales.

tableau 1 ● part des établissements ayant déclaré un programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales selon les catégories d'établissements

Catégorie d'établissement	Établissements publics		Établissements privés PSPH		Autres établissements privés		Total des établissements ayant un programme		Nombre total d'établissements ayant rempli un bilan d'activité
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	48	96	-	-	-	-	48	96	50
Établissement MCO sous dotation globale	423	92	23	96	-	-	446	93	482
Établissement MCO hors dotation globale	-	-	-	-	551	89	551	89	618
Centre de lutte contre le cancer	-	-	19	100	-	-	19	100	19
Établissement de lutte contre les maladies mentales	63	88	30	77	89	93	182	88	207
Hôpital local	153	58	-	-	-	-	153	58	266
Établissement de soins de suite et de réadaptation	47	71	208	80	174	74	429	76	563
Total	734	80	280	82	814	85	1828	83	2205

Champ : France métropolitaine et Dom

Source : bilan des CLIN 2003- DGS/DHOS cellule des infections nosocomiales

tableau 2 ● part des établissements ayant déclaré une équipe opérationnelle d'hygiène selon les catégories d'établissements

Catégorie d'établissement	Établissements publics		Établissements privés PSPH		Autres établissements privés		Total des établissements déclarant une EOH		Nombre total d'établissements ayant rempli un bilan d'activité
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	42	84	-	-	-	-	42	84	50
Établissement MCO sous dotation globale	404	88	16	67	-	-	420	87	482
Établissement MCO hors dotation globale	-	-	-	-	394	64	394	64	618
Centre de lutte contre le cancer	-	-	16	81	-	-	16	81	19
Établissement de lutte contre les maladies mentales	57	79	21	54	56	58	134	65	207
Hôpital local	114	43	-	-	-	-	114	43	266
Établissement de soins de suite et de réadaptation	36	54	117	45	87	37	240	43	563
Total	653	72	170	49	537	57	1360	62	2205

Champ : France métropolitaine et Dom

Source : bilan des CLIN 2003- DGS/DHOS cellule des infections nosocomiales

● La naissance

La prise en charge de la naissance a donné lieu à un processus ancien et durable de restructuration et de concentration des maternités, dont le nombre diminue en même temps que la taille augmente. Sur les années récentes, les conditions de prise en charge évoluent (développement des analgésiques, stabilisation des déclenchements d'accouchements...), avec une amélioration de l'adéquation entre le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés et l'équipement des maternités qui les accueillent.

Un mouvement régulier de concentration des maternités

Le nombre de maternités continue à diminuer régulièrement en France métropolitaine, passant ainsi de 815 sites géographiques en 1996 à 653 en 2002 (tableau 1). La fermeture de certains sites s'accompagne d'une concentration de l'activité, avec une augmentation des capacités d'accueil par site, un accroissement de leurs taux d'occupation mais aussi d'une diminution des durées de séjour. Ainsi en 2002, plus du quart des accouchements ont eu lieu dans une maternité ayant réalisé au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (graphique 1). Dans le même temps, 6 % des accouchements ont eu lieu dans une maternité réalisant moins de 300 accouchements, alors qu'elles en assuraient le double en 1996.

Moins d'hospitalisations prénatales, davantage d'analgésiques

On observe par ailleurs une nette diminution du taux d'hospitalisation prénatale entre 1998 et 2003 : 18,6 % des femmes ont en effet été hospitalisées avant leur date d'accouchement, contre 21,6 % en 1998 (tableau 2). L'hospitalisation prénatale n'échappe d'ailleurs pas au mouvement général de réduction de la durée d'hospitalisation : la part des hospitalisations de moins de trois jours a fortement augmenté (37,1 % en 2003 contre 27 % en 1995) alors que celle des hospitalisations de plus de huit jours continue à diminuer (24 % contre 32,7 % en 1995).

■ Champ

Naissances en France métropolitaine. Sont comptabilisées les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou les enfants (ou fœtus) d'au moins 500 grammes à la naissance.

■ Définitions

— **Maternité** : les établissements décomptés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique.

— **Niveau de maternité** : le décret périnatalité du 9 octobre 1998 a posé un cadre d'organisation des soins en réseaux, afin de garantir une meilleure adéquation entre niveau de risque de la patiente et du nouveau-né, et niveau de la maternité d'accueil. Trois niveaux de maternités sont ainsi définis : un établissement est de niveau 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 ; un établissement est de

niveau 2 s'il dispose d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ; un établissement est de niveau 1 s'il dispose d'un service d'obstétrique.

— **Rachianesthésie et analgésie péridurale** : la rachianesthésie est une ponction lombaire avec administration d'un anesthésique local dans le liquide céphalorachidien. L'analgésie péridurale est une anesthésie locorégionale, qui consiste à injecter le mélange anesthésiant à proximité de la moelle épinière (dans l'espace péridural).

■ Pour en savoir plus

— A. Vilain, C. de Peretti, J.-B. Herbet et B. Blondel, « La situation périnatale en France en 2003 - Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », synthèse à partir de l'analyse et du rapport réalisés par B. Blondel, K. Supernant, C. du Mazabrun et G. Bréart (Inserm U 149), *Études et Résultats*, n° 383, Drees, février 2005.

Les hospitalisations d'une journée sont elles aussi sensiblement plus fréquentes (22,5 % en 2003 contre 18 % en 1995).

Concernant les accouchements, la prise en charge de la douleur par analgésie péridurale continue de se développer : 63 % des femmes en ont bénéficié en 2003, contre 58 % en 1998 et 49 % en 1995. De plus 87 % des femmes ayant accouché sans péridurale l'ont fait volontairement ou du fait d'un travail trop rapide. Le pourcentage de rachianesthésies (voir définitions) continue par ailleurs de progresser sensiblement pour atteindre 12,3 % contre 5 % en 1995 et 8,5 % en 1998. En revanche, les anesthésies générales ont quasiment disparu et n'ont été utilisées que dans 1,7 % des cas en 2003 contre 5,4 % en 1995. Le début du travail donne lieu à un déclenchement sur décision médicale dans 20 % des cas. Cette proportion n'a pas changé depuis 1995, alors qu'elle avait doublé entre 1981 et 1995.

Une adéquation croissante entre équipement et niveau de risque des grossesses

Les textes définissent plusieurs niveaux de maternité, destinés à prendre en charge les grossesses en tenant compte du niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. En 2002, 47 maternités de niveau 3 (voir définitions) étaient aptes à traiter les cas les plus risqués pour la mère et l'enfant ; 203 maternités disposaient d'équipements intermédiaires, dits de niveau 2, et 403 étaient classées au niveau 1 (tableau 1).

— D. Baubeau, S. Morais et A. Ruffié, « Les maternités de 1975 à 1996 - un processus de restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, n° 21, Drees, juillet 1999.

— G. Buisson, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 - un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *Études et Résultats*, n° 225, Drees, mars 2003.

— D. Baubeau et G. Buisson, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », *Études et Résultats*, n° 275, Drees, décembre 2003.

— A. Ruffié, A. Deville, D. Baubeau, « État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France », *Journal Gynécologie Obstétrique Bio Reprod*, 1998, n° 27 suppl. n° 2

lité », définis par le ministère chargé de la Santé, en 1994 et en 2004. Elles sont réalisées conjointement par l'Inserm (U 149, coordination scientifique), la DGS, la Drees et les Services départementaux de PMI des Conseils Généraux, et recueillent des informations sur l'état de santé, les soins périnatals et les facteurs de risque, à partir d'un échantillon de naissances représentatif de tous les enfants, nés vivants ou mort-nés dans les maternités publiques et privées, constitué de toutes les naissances d'une semaine donnée.

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

■ Sources

— Les enquêtes nationales périnatales sur la morbidité et les pratiques médicales font partie des Plans « périnata-

tableau 1 ● répartition des accouchements selon le niveau de la maternité d'accueil en 1996 et 2002

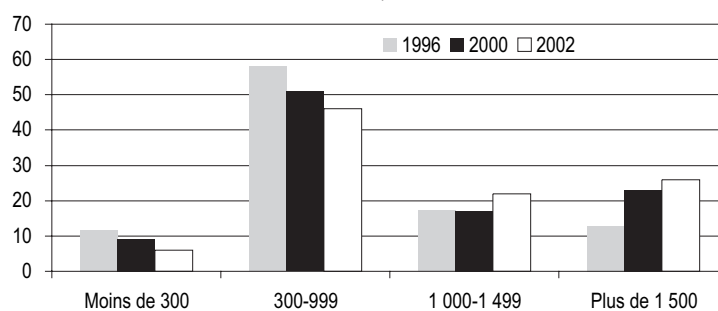
Niveau de maternité		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total
Nombre d'établissements	1996	565	250		815
	2002	403	203	47	653
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		725 337
	2002	330 915	306 284	115 008	752 207
Part d'accouchements	1996	57 %	43 %		100 %
	2002	44 %	41 %	15 %	100 %

Note : En 1996, les définitions de niveaux existaient déjà, sans être réglementaires (cf. État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France).

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 1996 et 2002, données statistiques

graphique 1 ● répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2000 et 2002



Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 1996-2000 et 2002, données statistiques

tableau 2 ● surveillance de la grossesse et déroulement de l'accouchement entre 1995 et 2003 (en %)

	1995	1998	2003
Hospitalisation pendant la grossesse	19,9	21,6	18,6
Dont : hospitalisation de moins de trois jours	27,0	32,3	37,1
hospitalisation de huit jours ou plus	32,7	28,9	24,1
Accouchement déclenché	20,5	20,3	19,7
Analgésie péridurale	48,6	58,0	62,6
Absence car non désirée	nd	nd	38,7
Absence car travail trop rapide	nd	nd	48,0
Rachianesthésie	5	8,5	12,3
Anesthésie générale	5,4	2,6	1,7
Transfert de l'enfant	8,7	7,2	7,9

Champ : naissances en France métropolitaine

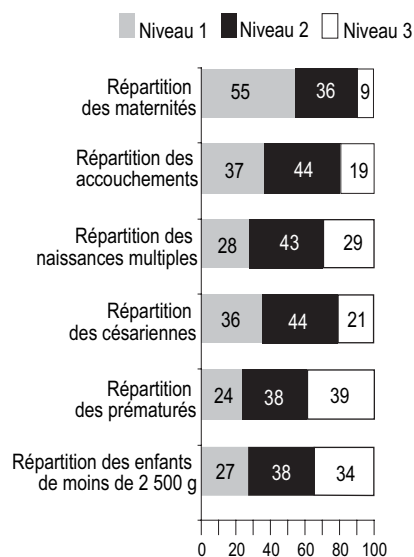
Source : Enquêtes nationales périnatales 1995, 1998, 2003, Inserm, Drees, DGS, conseils généraux

● La naissance *suite*

Les maternités de niveau 2 et 3 sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées financées par dotation globale (respectivement 85 % et 97 % en 2002) alors que la moitié des maternités de niveau 1 sont des cliniques privées. Entre 1996 et 2002, un déport des accouchements est intervenu vers les maternités des deux niveaux supérieurs. En effet, en 2002, 56 % des accouchements ont eu lieu dans les 250 maternités disposant d'un service de néonatalogie et/ou de réanimation néonatale (niveaux 2 ou 3), alors qu'en 1996, c'était le cas de 43,5 % d'entre eux. Ainsi, les maternités de niveaux 2 et 3, qui représentent moins de deux tiers des naissances totales ont accueilli, selon les données de l'enquête nationale périnatale 2003, près de trois quarts des naissances multiples, des naissances prématurées et des petits poids de naissance (graphique 2). La proportion d'enfants ayant nécessité un transfert dans un autre service ou un autre établissement ou une hospitalisation particulière est restée inchangée, aux alentours de 8 %.

La part des césariennes réalisées par les niveaux 2 et 3 apparaît à peine supérieure en 2003 à la part des accouchements réalisés, alors que le risque obstétrical est plus élevé dans ces maternités. À niveau de risque comparable, les établissements de niveau élevé pratiquent donc moins fréquemment cet acte, probablement du fait de moyens en équipement et en personnel plus importants. Pour assurer une prise en charge adaptée des grossesses à risque (qui leur sont parfois adressées en cours de grossesse ou en urgence par les maternités de niveau inférieur), pratiquement toutes les maternités de niveau 3 assuraient en effet en 2003 la présence permanente d'un gynécologue obstétricien, d'un anesthésiste réanimateur et d'un pédiatre. Ces présences permanentes, en particulier des pédiatres, sont naturellement d'autant moins fréquentes que le niveau de la maternité diminue (tableau 3). ■

graphique 2 ● **caractéristiques de l'activité selon le niveau des maternités en 2003 (en %)**



Champ : ensemble des naissances en France métropolitaine durant la semaine du 13 au 19 octobre 2003

Source : Enquête nationale périnatale 2003, Inserm, Drees, DGS, conseils généraux

tableau 3 ● **présence médicale selon le niveau des maternités (en %)**

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Part des établissements avec un gynécologue obstétricien présent en permanence dans le service ou l'établissement	22	53	96
Part des établissements avec un pédiatre présent en permanence dans le service ou l'établissement	5	31	95
Part des établissements avec un anesthésiste réanimateur présent en permanence dans le service ou l'établissement	38	81	96

Champ : ensemble des naissances en France métropolitaine durant la semaine du 13 au 19 octobre 2003

Source : Enquête nationale périnatale 2003, Inserm, Drees, DGS, conseils généraux

● La prise en charge des urgences

L'augmentation des passages dans les services d'urgence hospitaliers se poursuit en 2003 à un rythme toutefois moins rapide que les années précédentes. Le secteur public est prépondérant, tant en nombre de structures qu'en volume de passages aux urgences pris en charge. La part des cliniques privées est toutefois en augmentation, passant de 3 à 6 % entre 2002 et 2003. Sur les 14 millions de passages aux urgences enregistrés en 2003, un sur cinq aboutit à une hospitalisation. Les moyens humains mobilisés (médecins et infirmiers) sont contrastés selon les secteurs.

Une augmentation ralentie du recours aux urgences

En 2003, le nombre annuel de passages dans les services d'urgences des établissements de santé atteignait 14 millions en France métropolitaine, contre 10 millions en 1996. Le taux annuel de passages aux urgences, qui établit le rapport entre le nombre de passages et la population résidente, est ainsi passé de 17,5 % en 1996 à 23,7 % en 2003. Entre 2002 et 2003, le nombre de passages aux urgences a augmenté de 3 %. Cette évolution marque un relatif ralentissement : l'augmentation était en moyenne de 5,8 % par an entre 1996 et 1999 et de 4,5 % par an entre 1999 et 2002. La croissance de l'activité est plus marquée dans le secteur privé au sein duquel l'activité a augmenté de 40 % depuis 2000, essentiellement dans les cliniques privées. La part de ce secteur dans la prise en charge des urgences est ainsi passée de 6 % en 2000 à 10 % en 2003. En 2003, l'activité d'accueil des urgences était prise en charge en France métropolitaine par 615 unités autorisées. Elles se répartissaient en trois catégories selon la gravité et la spécificité des situations des patients : 211 services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), aptes à traiter tous les types d'urgences, 367 unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU), qui réorientent au besoin les cas les plus difficiles, et 37 pôles spécialisés (POSU) prenant en charge des pathologies ou des populations spécifiques, notamment les enfants (tableau 1). Plus de la moitié des passages aux urgences étaient pris en charge en 2003 par les SAU, 40 % par les UPATOU et 5 % par les POSU (tableau 2).

Les trois quarts de ces services d'urgences sont publics. Un tiers des UPATOU, qui prennent en charge les cas les moins graves, relève du secteur privé, contre seulement 3 % des SAU. La répartition des POSU est plus équilibrée : 21 sont publics et 17 privés. Il s'agit cependant de deux types de service très différents : les POSU du secteur privé sont très spécialisés (cardiologie, chirurgie de la

main...) avec un volume d'activité relativement faible, (moins de 5 000 passages en moyenne par an). Au contraire, dans le public, il s'agit en général de POSU pédiatriques, assimilables aux SAU, réalisant en moyenne 26 000 passages par an (graphique 1).

Une personne sur cinq environ est hospitalisée après son passage aux urgences. Ce taux est plus élevé dans les SAU, qui prennent en charge davantage de cas graves, que dans les UPATOU. Il est respectivement de 22 et 19 % dans les établissements publics et de 12 et 11 % dans le privé.

Des moyens humains en hausse

Environ 5 900 médecins, soit 4 350 équivalent temps plein (ETP), intervenaient dans les services d'urgence en 2003, soit une augmentation de 9 % par rapport à l'année précédente. La croissance est du même ordre pour les hôpitaux publics et les cliniques privées. Grâce à ces renforcements le nombre de passages annuels par ETP de médecin diminue de 3 460 à 3 250 entre 2002 et 2003. Le nombre de passages annuels par médecin est plus élevé dans les POSU publics, le plus souvent pédiatriques (5 000 par an). Il est plus faible dans les POSU privés, qui sont les plus spécialisés (moins de 1 000 par an). Les autres types de services d'urgence occupent une situation intermédiaire, entre 2 800 et 3 600 passages par médecin et par an (graphique 2). Par ailleurs, 12 200 infirmiers, représentant 11 000 ETP, interviennent dans les services d'urgence, soit une augmentation de presque 6 % par rapport à 2002. Le nombre de passages annuels pris en charge par infirmier à temps complet est de 1 290 en 2003. La différence est sensible entre les secteurs publics et privés : dans les UPATOU le nombre de passages par infirmier et par an est presque deux fois plus important dans les cliniques que dans les hôpitaux publics, avec des valeurs respectives de 2 400 et 1 300, les établissements privés sous dotation globale se situant entre les deux avec 1 700 passages par infirmier. ■

■ Champ

Établissements publics et privés de France métropolitaine, bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R6123-1 à R6123-32 du code de santé publique).

■ Définitions

La prise en charge des urgences a été largement réorganisée par les décrets n° 97-615 et 97-619 du 30 mai 1997 et est soumise à autorisation depuis cette date. Pour adapter la prise en charge à la gravité des situations, trois types de structures ont été définis :

– les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) poten-

tiellement capables de traiter tous les types d'urgence, installés dans des établissements comportant des services ou unités de réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique (article R6123-2)

– les pôles spécialisés d'urgences (POSU) capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement sur des spécialités spécifiques, ou installés dans des établissements prenant en charge de façon prépondérante des enfants (article R6123-4)

– les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) qui doivent traiter les cas les plus simples, mais orienter, vers d'autres structures, les patients dont l'état nécessite des soins qu'elles ne peuvent assurer (article R6123-6).

■ Pour en savoir plus

– Baubeau D., Carrasco : « Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale », Drees, *Études et Résultats*, n° 212, janvier 2003.

– Baubeau D., Carrasco V. : « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », Drees, *Études et*

Résultats, n° 212, janvier 2003.

■ Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'équipement (nombre de box de surveillance), 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.

tableau 1 ● nombre de services d'urgences en 2003,
selon le statut et l'autorisation

Établissements	publics	privés sous DG	privés hors DG	Ensemble
POSU	20	2	15	37
SAU	205	5	1	211
UPATOU	246	25	96	367
Ensemble	471	32	112	615

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003 données statistiques

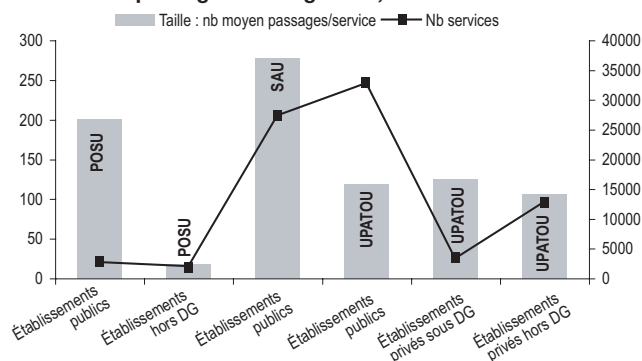
tableau 2 ● nombre de passages aux urgences en 2003, selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés sous DG		Établissements privés hors DG		Ensemble des établissements	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
POSU	542 645	536 773	60 352	59 749	27 449	36 490	630 446	633 012
SAU	7 542 262	7 591 857	200 559	196 530	20 370	22 756	7 763 191	7 811 143
UPATOU	3 724 764	3 904 029	414 121	418 976	1 218 153	1 368 582	5 357 038	5 691 587
Ensemble	11 809 671	12 032 659	675 032	675 255	1 265 972	1 427 828	13 750 675	14 135 742

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2002 et 2003, données statistiques

graphique 1 ● nombre de passages aux urgences, selon le statut et l'autorisation en 2003

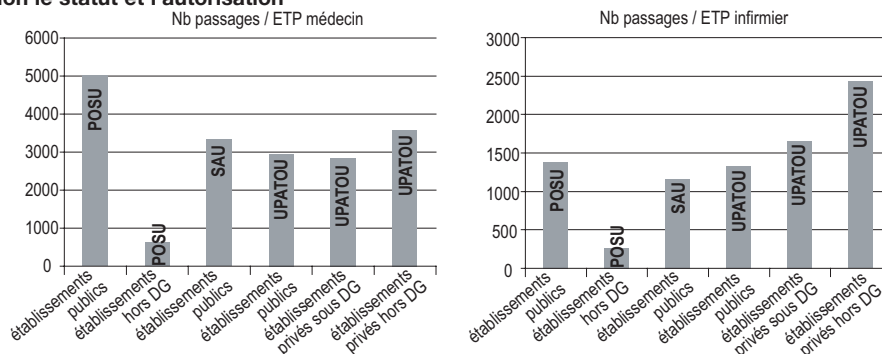


Note : les catégories comptant 5 services ou moins ne sont pas représentées.

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003 données statistiques

graphique 2 ● nombre de passages aux urgences par ETP en 2003,
selon le statut et l'autorisation



Note : les catégories comptant 5 services ou moins ne sont pas représentées.

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

● L'activité de radiothérapie

Chaque année, 280 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués. Pour faire face à cet enjeu, un plan national contre le cancer a été lancé en 2002 pour une durée de 5 ans. Le développement et la modernisation de la radiothérapie, qui consiste à utiliser des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses, est l'une de ses priorités, dans la mesure où ce type de traitement est utilisé dans environ 60 % des cas, seul ou en complément des traitements chirurgicaux et des chimiothérapies. Les données présentées ci après fournissent un état des lieux au moment du lancement du plan.

Une activité en mutation technique

En 2002, 159 centres de radiothérapie ont été recensés : 58 établissements publics, 22 établissements privés sous dotation globale (dont les 20 centres de lutte contre le cancer - CLCC) et 79 cliniques privées. Les radiations utilisées en radiothérapie sont produites à l'heure actuelle par des appareils de deux types : les accélérateurs de particules et les télécobalts. Les accélérateurs de particules permettent d'utiliser plusieurs types de rayonnement (photons et électrons), plusieurs gammes d'énergie ainsi que des débits de dose importants et constants. Les télécobalts n'utilisent qu'une seule énergie de photons, insuffisante pour de nombreux types de cancer. C'est pourquoi le plan cancer prévoit, en particulier, la modernisation du parc d'appareils de radiothérapie avec la suppression des appareils de cobaltothérapie et le remplacement de 50 accélérateurs de particules. En 2002, l'équipement des centres comptait, au total, 281 accélérateurs de particules et 58 télécobalts en fonctionnement. Le nombre d'appareils de cobaltothérapie était déjà en diminution (69 en 2001) au profit des accélérateurs (249 en 2001). Sur les 159 centres recensés en 2002, 49 ne disposent que d'un seul appareil, un accélérateur dans 42 cas, un télécobalt dans les 7 autres (graphique 1) ; 66 établissements ont deux appareils, 44 établissements, dont 19 des 20 CLCC, ont 3 appareils ou plus.

Une concentration des traitements dans les centres les mieux équipés

La première étape d'un traitement nécessite l'accès à un scanner pour préciser la localisation et le dimensionnement de la tumeur. Sur les 58 établissements publics ayant une activité de radiothérapie, 4 n'avaient pas, en 2002, d'accès direct à un scanner, même dans le cadre d'une co-utilisation. Tous les CLCC et tous les centres hospitaliers régionaux (CHR) bénéficiaient de cette possibilité. Plusieurs équipements sont nécessaires aux différentes étapes de la radiothérapie. Un appareil d'imagerie appelé simulateur permet d'ajuster au mieux les faisceaux d'irradiation et d'effectuer les repérages nécessaires. Le calcul de la distribution de doses s'appuie sur un logiciel de dosimétrie permettant d'effectuer le calcul en deux ou trois dimensions. De plus, il existe maintenant des modificateurs de faisceaux personnalisés, intégrés aux appareils (collimateurs multilames). La combinaison de moyens d'acquisition d'images, de systèmes de dosimétrie en 3D et collimateurs de faisceaux multilames permet de réaliser une radiothérapie dite de « conformation » qui ajuste très précisément la dose de rayonnements nécessaire.

4 centres ont indiqué ne disposer ni de simulateur, ni de logiciel

de dosimétrie, ni de collimateur multilames. L'équipement le plus répandu est le simulateur (6 centres n'en ont pas), mais seuls 55 % des centres disposent d'un simulateur 3D (graphique 2). Seuls 11 % des centres n'ont pas de logiciel de dosimétrie, et ceux qui en sont équipés ont la plupart du temps un logiciel 3D. Le collimateur multilames restait quant à lui en 2002, un équipement encore peu répandu puisque seuls 66 (41 %) des établissements en disposaient. Parmi les 20 CLCC, 13 disposent des trois équipements de pointe, tandis que 4 n'ont qu'un simulateur 2D. Il faut cependant noter que la quasi-totalité (91 %) des séances sont réalisées dans des centres équipés d'au moins un simulateur et d'un appareil de dosimétrie. Plus de la moitié (51 %) des séances ont par ailleurs lieu dans des centres disposant des 3 équipements.

Plus de 90 % de l'activité de radiothérapie est réalisée en ambulatoire, et plus du quart dans les 19 plus grands centres

L'activité de radiothérapie peut être mesurée en nombre de séances ou en nombre de passages machine (plusieurs passages par séance sont en effet possibles). Le nombre global de passages machine est toutefois à peine supérieur à celui des séances : 3,7 millions de passages contre 3,4 millions de séances. L'activité de radiothérapie a augmenté d'au moins 5 %, à champ constant, entre 2001 et 2002. Les 3,4 millions de séances déclarées correspondent à une activité ambulatoire, qui prend en charge 92 % des malades traités. Le secteur privé, composé des 20 CLCC et de 81 autres établissements privés, prend en charge les trois quarts de l'activité totale en radiothérapie : 21 % des séances sont réalisées dans les CLCC, 55 % dans les autres établissements privés et 24 % dans les établissements publics, dont 11 % en CHR. Les seuls CLCC réalisent 22 % des passages machines. Ils assurent en moyenne 40 000 passages par centre contre 24 000 dans les autres centres du secteur privé et 15 000 dans les hôpitaux publics (graphique 3).

Un taux d'utilisation des appareils plus élevé dans le privé

Le nombre de passages machine réalisés dans l'année est plus important pour les accélérateurs de particules que pour les télécobalts (11 500 contre 7 800 en 2002). Le nombre de passages par accélérateur varie de 9 000 dans les hôpitaux publics, à 10 600 dans les CLCC et 13 400 dans les autres établissements privés. Le nombre de passage par télécobalt suit la même tendance (graphique 4).

■ Champ

Ensemble des établissements de santé publics et privés ayant une activité autorisée de radiothérapie

■ Définitions

Les différents statuts juridiques des éta-

blissements et leurs modes de financement sont présentés dans la partie « cadrage institutionnel et juridique ».

■ Pour en savoir plus

Baubeau D., Carrasco V., Mermilliod C. : « L'activité de radiothérapie en

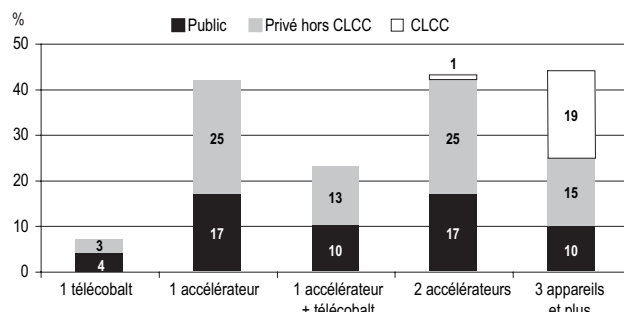
2002 », Drees, *Études et Résultats*, n° 387, mars 2005

■ Source

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la Drees décrit l'activité (entrées et journées en

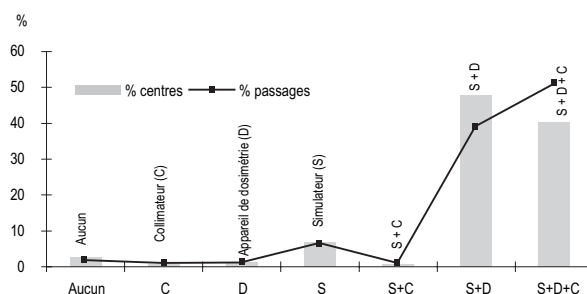
hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances...) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

graphique 1 ● répartition des centres selon le nombre et le type d'appareils de traitement



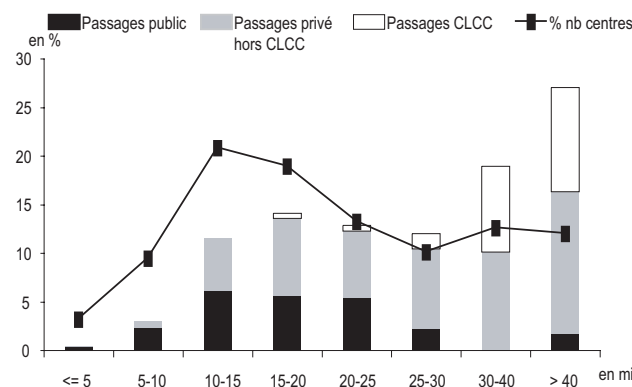
Champ : France métropolitaine
Source : Drees, SAE 2002, données statistiques

graphique 2 ● répartition des centres et des passages selon l'environnement technique



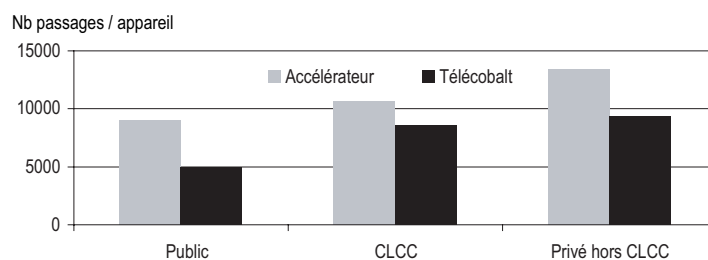
Champ : France métropolitaine
Source : Drees, SAE 2002, données statistiques

graphique 3 ● répartition des centres et des passages selon la taille des centres



Champ : France métropolitaine
Source : Drees, SAE 2002, données statistiques

graphique 4 ● nombre de passages annuels par type d'appareil de radiothérapie et de centre



Champ : France métropolitaine
Source : Drees, SAE 2002, données statistiques

● L'insuffisance rénale chronique

Lorsque la fonction rénale est altérée de façon profonde et définitive (« insuffisance rénale terminale »), doivent être envisagées une transplantation rénale ou une épuration extra-rénale périodique. Selon le bilan de l'établissement français des greffes, plus de 5 000 personnes étaient en 2004 en attente d'une greffe et seuls un peu moins de la moitié en ont bénéficié. La dialyse est donc, au moins transitoirement, nécessaire à de nombreuses personnes souffrant d'insuffisance rénale. Deux méthodes sont utilisées pour l'épuration extra-rénale : l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

En 2002, 292 centres de dialyse, auxquels il faut ajouter 541 unités d'autodialyse, prenaient en charge les insuffisants rénaux chroniques (tableau 1). La plupart des centres de dialyse pratiquent l'entraînement à l'hémodialyse (258 générateurs d'hémodialyse sont dédiés à cette activité contre 4 437 consacrés aux activités de dialyse courante). Les générateurs d'autodialyse sont plus nombreux et approchaient les 6 000 en 2002.

Environ 33 100 patients, soit une personne dialysée pour 1 790 habitants, ont été pris en charge en France métropolitaine (tableau 2). La très grande majorité de ces personnes (89 %, soit environ 29 500) sont traitées par hémodialyse. Un peu plus de 20 600 sont traitées en centre, environ 8 200 par autodialyse et 720 se traitent elles-mêmes à domicile. Avec 70 % des patients et 68 % des séances, l'hémodialyse reste donc le plus souvent effectuée en centre. Toutefois, la part de l'autodialyse ne cesse d'augmenter : elle représente, en effet, 29 % des séances en

2002, contre 25 % en 1999 et 17 % en 1995. Par contre, l'hémodialyse à domicile est de moins en moins pratiquée, passant de 5,6 % des séances d'hémodialyse en 1995 à 2,6 % en 2002.

Au cours de la dernière semaine de l'année 2002, 3 600 patients (soit 11 % du total) étaient traités par dialyse péritonéale. La plupart (77 %) l'étaient par dialyse péritonéale continue ambulatoire, 16 % par dialyse péritonéale automatisée, adultes comme enfants. Au total, 4 millions de séances d'hémodialyse et 190 000 semaines de traitement par dialyse péritonéale ont été effectuées en France métropolitaine en 2002.

L'augmentation du nombre de séances d'hémodialyse ainsi pratiquée est de 5,6 %. Par rapport à 2001, ce chiffre est cohérent avec les tendances enregistrées les années précédentes. Par contre, la progression de la dialyse péritonéale reste beaucoup plus limitée, le nombre de semaines de traitements restant stable entre 2001 et 2002 (+0,4 %).

■ Champ

France métropolitaine. Sont interrogés les établissements publics et privés y compris les associations privées gérant des unités d'auto-dialyse et des patients à domicile.

Remarque : la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique est un peu différente dans les DOM, où sa prévalence est également plus élevée.

■ Définitions

— **Hémodialyse** : Lors d'une séance d'hémodialyse, le sang est épuré à travers un appareil à l'extérieur du patient grâce à un dispositif de dérivation (ponction d'une fistule ou shunt artério-veineux). Deux ou trois séances par semaine sont en général nécessaires.

— **Centres de dialyse, unités de dialyse médicalisée, unités d'auto dialyse et dialyse à domicile** : l'hé-

modialyse est le plus souvent (pour 61 % des patients en 2002) réalisée en centre hospitalier par des personnels spécialisés. Les unités de dialyse médicalisées quant à elles accueillent des patients qui nécessitent une présence médicale non continue. Elles diffèrent des unités d'auto-dialyse où le patient participe aux gestes techniques. L'autodialyse s'effectue dans un local spécifique, parfois de petite taille, où se rassemblent plusieurs patients formés et autonomes, en présence d'une infirmière. Dans des cas assez rares (2 % des patients), l'hémodialyse peut également être réalisée au domicile du patient, avec du matériel à demeure et l'aide d'une tierce personne, ainsi que, le cas échéant, d'une infirmière.

— **Dialyse péritonéale** : Dans cette méthode, c'est le péritoine du patient

qui sert de membrane filtrante entre le sang du patient et une solution physiologique injectée dans son abdomen. Cette technique peut être automatisée, c'est-à-dire réalisée de façon intermittente à l'aide d'un appareil qui injecte puis évacue le liquide périodiquement (« cycleur »), mais elle est plus souvent continue grâce à un système de poches changées régulièrement, ce qui permet une plus grande autonomie et se pratique à domicile (on parle alors de dialyse péritonéale continue ambulatoire).

■ Pour en savoir plus

— D. Baubeau, L. Trigano, « La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique », Drees, *Études et Résultats*, n° 327, juillet 2004.

— P. Landais, B. Stengel, C. Fumeron, C. Jacquelinet, « L'insuffisance rénale

terminale traitée en France : épidémiologie et système d'information », *Médecine et thérapeutique*, vol. 4 n°7, août-septembre 1998.

■ Source

La statistique annuelle des établissements (SAE) de la Drees décrit les structures de prise en charge, les modalités de traitements qu'elles offrent, leur activité et leurs moyens humains, ainsi que sur le nombre de patients traités lors de la dernière semaine de l'année.

tableau 1 ● centres et générateurs de dialyse en 2002

Nombre total de centres	292
Nombre de centres pratiquant l'entraînement à l'hémodialyse	115
Nombre de centres pratiquant l'entraînement à la dialyse péritonéale	63
Nombre de générateurs d'entraînement d'hémodialyse	258
Nombre de générateurs d'hémodialyse en centre sans entraînement	4 437
Nombre d'unités d'autodialyse	541
Nombre de générateurs d'autodialyse	5 947

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2002, données statistiques

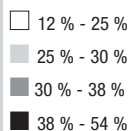
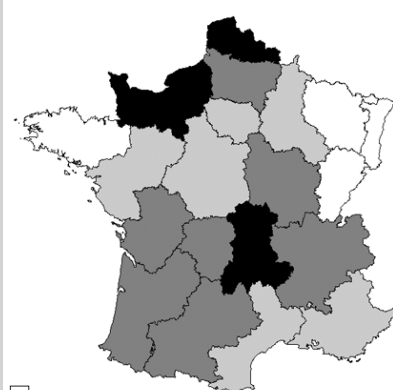
tableau 2 ● activité de dialyse selon le mode de prise en charge en 2002

	Nombre de patients	Nombre de séances	Évolution séances 2001-2002
Hémodialyse en centre et entraînement	20 610	2 742 520	6,7 %
Autodialyse	8 176	1 169 152	4,5 %
Hémodialyse à domicile	717	106 387	-8,6 %
Total hémodialyse	29 503	4 018 059	5,6 %
Dialyse péritonéale continue ambulatoire	2 799	139 651	1,2 %
Dialyse péritonéale à domicile (automatisée)	597	32 979	-4,7 %
Entraînement et semaines de repli	248	17 312	3,7 %
Total dialyse péritonéale	3 644	189 942	0,4 %

Champ : France métropolitaine

Source : Drees, SAE 2002, données statistiques

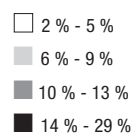
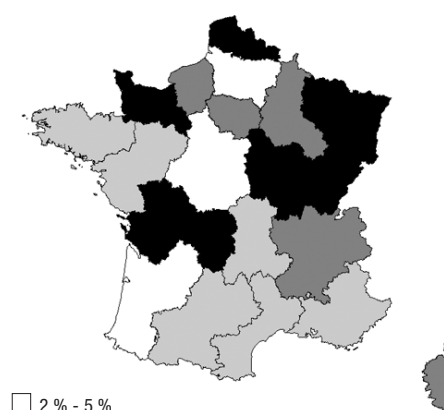
carte 1 ● part des patients traités par une alternative aux centres d'hémodialyse en 2002



Champ : France métropolitaine

Source : Drees, enquête SAE 2002, données statistiques

carte 2 ● part des patients dialysés traités par dialyse péritonéale en 2002



● L'offre hospitalière en psychiatrie

La psychiatrie a des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales (prises en charge récurrentes et diversifiées, faible place des actes techniques...) et fait l'objet d'une organisation très spécifique. À côté de la psychiatrie sectorisée qui représente la moitié des établissements et les quatre cinquièmes des capacités d'hospitalisation, l'offre de soins se compose également d'hôpitaux publics non spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales et d'établissements privés pour la plupart spécialisés. Entre 1997 et 2003, un lit d'hospitalisation complète sur sept a été fermé tandis que les capacités d'accueil de jour et de nuit sont restées stables.

Une offre majoritairement publique, fondée sur la sectorisation psychiatrique

Sur environ 600 établissements assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie, la moitié sont des établissements publics. Ils représentent les 2/3 de l'ensemble de lits et les 4/5 des places d'hospitalisation partielle. L'autre moitié se répartit à parts égales entre secteur lucratif et non lucratif, ce dernier pratiquant essentiellement l'hospitalisation complète. Plus de la moitié des établissements qui accueillent des adultes sont exclusivement dédiés à la santé mentale ; il s'agit notamment des 88 anciens centres hospitaliers spécialisés publics, des 22 hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics et des 147 cliniques orientées vers la santé mentale (tableau 1). Pour la prise en charge des enfants, là aussi, la moitié des établissements sont exclusivement dédiés à la psychiatrie. D'une façon générale, l'offre psychiatrique concernant les enfants est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés non lucratifs. Le dispositif public est pour l'essentiel fondé sur la sectorisation psychiatrique, à travers 272 établissements qui proposent une prise en charge globale des patients en réseau, avec des activités allant de la prévention à la réinsertion (cf. fiche « psychiatrie sectorisée »). Ce dispositif est complété par une offre non sectorisée, comprenant 66 établissements publics (CHR, CH) et 287 établissements de soins privés (cliniques, foyers de post-cure, hôpitaux de jour), dont 131 sont sous dotation globale. Ces derniers assurent pour l'essentiel une hospitalisation partielle de jour et de nuit y étant restée limitée du fait de l'absence de tarification spécifique¹. L'offre sectorisée est prépondérante, avec 76 % des lits d'hospitalisation complète et 88 % des places d'hospitalisation de jour et de nuit (tableau 2). Elle constitue même la seule offre disponible dans 27 départements (carte 1). À l'inverse, elle repré-

sente moins de 75 % des capacités dans 18 départements où le secteur privé (sous OQN ou sous DG) est particulièrement bien implanté. Paris se distingue par une offre publique non sectorisée importante en matière de lits (du fait de l'AP-HP) et une offre privée sous DG importante pour les places d'hospitalisation partielle.

Une diminution de l'hospitalisation à rapprocher du développement des prises en charge ambulatoires

En 2003, près de 19 millions de journées d'hospitalisation en psychiatrie ont été réalisées (tableau 3). La durée moyenne de séjour en psychiatrie tend à diminuer et atteint 30 jours en 2003. Elle est supérieure dans les établissements non sectorisés où elle s'élève à 35 jours contre 28,6 jours dans les établissements sectorisés. La diminution observée du nombre de journées d'hospitalisation complète depuis 1997 (-10 %) reste inférieure à la diminution observée du nombre de lits sur la même période (-16 %) [graphique 1]. Le nombre de venues en hospitalisation partielle connaît une diminution depuis 1999, accompagnée par une réduction similaire du nombre de places. Les prises en charge ambulatoires se substituent progressivement à l'hospitalisation complète et partielle. Cette substitution est toutefois d'ampleur inégale selon les établissements et l'âge de la population prise en charge. La densité nationale d'équipement en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle de jour et de nuit est passée de 159 à 140 pour 100 000 habitants entre 1998 et 2003. La capacité cumulée en lits et places varie dans un rapport de 1 à 39 selon les départements (carte 2). ■

1. « Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille », Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, 2005, 98 p.

■ Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie au 31 décembre 2003 en France métropolitaine et dans les DOM.

■ Définitions

— **Psychiatrie sectorisée** : La psychiatrie de service public présente une organisation distincte des autres disciplines, fondée sur la sectorisation. Mise en place par une circulaire de 1960, celle-ci divise chaque département en aires géo-démographiques pour offrir à la population de cette aire une gamme de modalités de soins adaptés aux différentes phases de la pathologie proches du milieu de vie, et à limiter l'hospitalisation.

— **Psychiatrie générale** : Prise en charge des adultes de 16 ans ou plus

présentant des troubles psychiques.

— **Psychiatrie infanto-juvénile** : Prise en charge des enfants et adolescents.

— **Nombre d'entités, l'entité comptabilisée correspond** pour les établissements publics ayant une activité de psychiatrie, à l'entité juridique ; pour les établissements privés ayant une activité de psychiatrie à l'entité géographique si mono-établissement, une entité par département d'implantation si l'entité juridique regroupe plusieurs établissements. Un même établissement peut proposer à la fois une activité de psychiatrie générale et de infanto-juvénile, ainsi qu'une activité sectorisée et non sectorisée.

— **Nombre de lits installés** — **Entrées en hospitalisation complète** — **Journées réalisées en**

hospitalisation — **Nombre de places installées** — **Venues en hospitalisation partielle** : voir fiche précédente.

■ Pour en savoir plus

— Audric S., Carrasco V., Coldefy M., Thomson E., Trigano L., « L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète et partielle », Drees, *Études et Résultats*, n° 382, février 2005

— Coldefy M., Alluard O., « Atlas régional de psychiatrie générale - disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Série Statistiques*, n° 75, février 2005 et « Atlas régional de psychiatrie infanto-juvénile disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Série Statistiques*, n° 76, février 2005.

— Guilmin A., Parayre C., Boisguerin B., « Bilan de la sectorisation psychiatrique », *Série Statistiques*, n° 2, juin 2000.

■ Source

La Statistique annuelle des établissements (SAE) couvre la totalité des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, sectorisée ou non, mais seulement la partie de l'activité qui leur est commune, c'est-à-dire l'hospitalisation à temps complet et ses alternatives (hospitalisation à temps partiel et hospitalisation à domicile). Elle recense également depuis 2000 les autres alternatives proposées par les secteurs de psychiatrie, mais la qualité de recueil des données est encore inégale.

tableau 1 ● nombre d'établissements en 2003

	Établissements publics (1)		Établissements privés sous dotation globale (2)		Établissements privés hors dotation globale (2)		Ensemble des établissements	
	Exclusif	Non exclusif	Exclusif	Non exclusif	Exclusif	Non exclusif	Exclusif	Non exclusif
Psychiatrie générale								
sectorisée	88	146	22	1	0	0	110	147
non sectorisée	0	55	63	19	147	5	210	79
Psychiatrie infanto-juvénile								
sectorisée	84	108	17	2	0	0	101	110
non sectorisée	0	20	50	7	6	1	56	28
Total	91	210	130	27	150	6	371	243

(1) Nombre d'entités juridiques.

(2) Nombre de départements d'implantation pour les entités multi-établissements.

Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

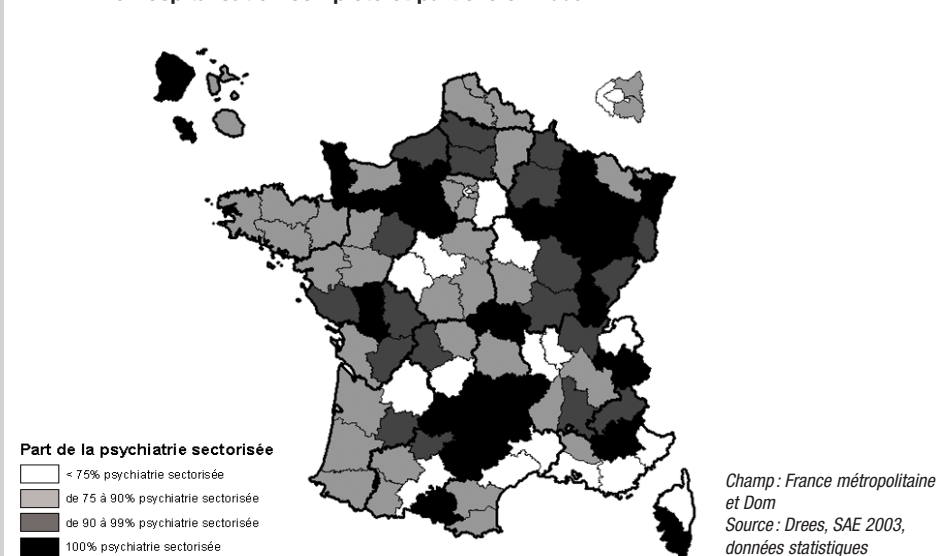
tableau 2 ● nombre de lits et places installés au 31 décembre 2003 selon le statut de l'établissement et le type de financement

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Psychiatrie générale								
sectorisée	38 165	13 993	5 497	1 750	0	0	43 662	15 743
non sectorisée	1 196	324	1 900	1 371	10 712	229	13 808	1 924
Psychiatrie infanto-juvénile								
sectorisée	1 563	6 832	205	639	0	0	1 768	7 471
non sectorisée	183	345	173	825	31	110	387	1 280
Total	41 107	21 494	7 775	4 585	10 743	339	59 625	26 418

Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

carte 1 ● part de la psychiatrie générale et infanto-juvénile sectorisée dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle en 2003



● L'offre hospitalière en psychiatrie *suite*

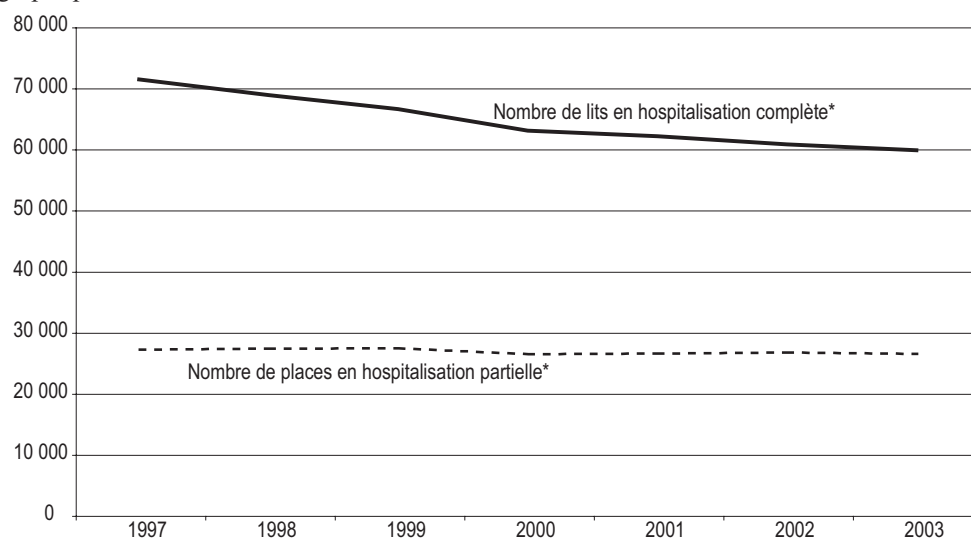
tableau 3 ● nombre de séjours et de journées en 2003 selon le statut de l'établissement et le type de financement

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées
Hospitalisation complète								
Psychiatrie générale								
sectorisée	431 569	12 106 401	49 506	1 741 766	0	0	481 075	13 848 167
non sectorisée	14 444	327 037	8 105	559 181	111 049	3 801 548	133 598	4 687 766
Psychiatrie infanto-juvénile								
sectorisée	12 761	299 076	1 761	41 551	0	0	14 522	340 627
non sectorisée	1 789	37 851	428	39 871	434	8 450	2 651	86 172
Total	460 563	12 770 365	59 800	2 382 369	111 483	3 809 998	631 846	18 962 732
Hospitalisation partielle								
Psychiatrie générale								
sectorisée	2 672 215		324 724		0		2 996 939	
non sectorisée	57 076		311 280		59 864		428 220	
Psychiatrie infanto-juvénile								
sectorisée	1 068 124		106 122		0		1 174 246	
non sectorisée	56 825		188 669		21 954		267 448	
Total	3 854 240		930 795		81 818		4 866 853	

Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees, SAE 2003, données statistiques

graphique 1 ● évolution des capacités en hospitalisation complète et partielle en psychiatrie

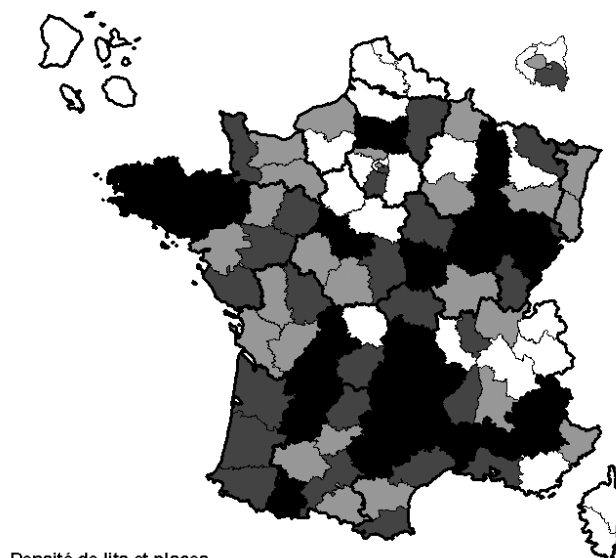


* au 31 décembre de l'année considérée.

Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees, SAE 1997 à 2003, données statistiques

carte 2 ● **disparité départementale d'équipements en psychiatrie générale et infanto-juvénile en 2003**



Densité de lits et places

- < 114 lits et places pour 100 000 habitants
- 114 à 146 lits et places pour 100 000 habitants
- 147 à 174 lits et places pour 100 000 habitants
- > 174 lits et places pour 100 000 habitants

*Champ : France métropolitaine et Dom
Source : Drees, SAE 2003,
données statistiques*

● La psychiatrie sectorisée

1,6 million de personnes (adultes et enfants) ont été suivies par les équipes de secteurs de psychiatrie en 2000. Environ neuf sur dix ont été prises en charge en ambulatoire, principalement dans un centre médico-psychologique. Trois personnes sur dix ont eu un suivi à temps complet. L'augmentation du nombre de patients pris en charge, tant chez les adultes que chez les enfants, est constante depuis dix ans.

La sectorisation psychiatrique vise à limiter l'hospitalisation en offrant aux malades mentaux des modalités de soins adaptées aux différentes pathologies à chaque phase de la maladie, dans des structures proches de leur milieu de vie. Elle regroupe la majorité des établissements publics et une partie des établissements privés sous dotation globale. Proposant une prise en charge des patients en réseau, au sein de zones géo-démographiques déterminées, elle est caractérisée par une grande diversité de l'offre de soins.

Une organisation territoriale

Constituée en 2000 de 829 secteurs de psychiatrie générale chargés de la prise en charge des adultes de 16 ans et plus, 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, la psychiatrie sectorisée est rattachée à 272 hôpitaux publics ou privés participant au service public. Certains établissements ont également mis en place des dispositifs intersectoriels qui assurent des missions communes à plusieurs secteurs de psychiatrie.

La population desservie par les secteurs de psychiatrie adulte est en moyenne de 54 000 habitants âgés de plus de 20 ans, avec des écarts allant de moins de 20 000 à plus de 100 000. En psychiatrie infanto-juvénile, les variations vont de moins de 20 000 à plus de 80 000 pour une moyenne de 49 000 habitants âgés

de moins de 20 ans. Les normes de population couverte par un secteur avaient été fixées par décret en 1986 à 70 000 habitants en moyenne pour les secteurs de psychiatrie générale et 210 000 pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

1,15 million de patients vus par les secteurs de psychiatrie générale en 2000

Selon les derniers rapports de secteurs exploités, relatifs à l'an 2000, les équipes des secteurs de psychiatrie générale ont vu 1 150 000 patients au moins une fois dans l'année, soit une augmentation de 51 % entre 1991 et 2000 (graphique 1). Le taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale atteint 26 pour 1 000 habitants de plus de 20 ans en 2000, contre 18 pour 1 000 en 1991 et varie dans un rapport de 1 à 8 selon les secteurs. La répartition géographique des taux de recours se rapproche de celle des densités départementales d'équipement, avec des taux de recours plus élevés en Bretagne et en Auvergne (carte 1).

Une croissance forte et ancienne des patients traités en ambulatoire

Cette croissance est particulièrement due à l'évolution de la file active ambulatoire qui a crû de 64 % entre 1991 et 2000 (tableau 1). 74 % des patients vus en ambulatoire ont consulté

Les différents modes de prise en charge en psychiatrie sectorisée

■ Les prises en charge ambulatoires

— Les Centres médico-psychologiques (CMP) sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires. Ils sont également chargés de coordonner les visites à domicile ou en institutions substitutives au domicile (structures médico-sociales, établissements pénitentiaires, milieu scolaire...) effectuées par les équipes soignantes.

— Les interventions en unité d'hospitalisation somatique peuvent prendre deux formes : présence psychiatrique aux urgences et psychiatrie de liaison dans des services d'hospitalisation autres que psychiatriques permettant une prise en charge globale de l'état de santé du patient.

■ Les prises en charge à temps partiel

— L'hospitalisation de nuit permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médi-

cale de nuit, et le cas échéant, en fin de semaine. Elle s'adresse à des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais ont besoin d'une prise en charge la nuit et le week-end.

— L'hospitalisation de jour fournit des soins polyvalents et intensifs durant la journée. Cette prise en charge peut se faire durant tout ou partie de la journée, au cours d'un ou de quelques jours par semaine. Les protocoles thérapeutiques sont individualisés et révisés périodiquement pour éviter la chronicisation et préparer la réinsertion dans le milieu de vie.

— Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. La prise en charge est plus discontinue et moins médicalisée qu'en hôpital de jour.

— Les ateliers thérapeutiques utilisent des techniques de soins particulières, notamment de groupes ergothérapeutiques, en vue d'un réentrainement à

l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale à partir de la pratique d'activités artisanales, artistiques ou sportives.

■ Les prises en charge à temps complet

— Les hospitalisations à temps plein constituent le mode « traditionnel » de prise en charge des malades dans un hôpital. Les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24 dans des lieux de soins. Ses indications principales sont en principe réservées aux situations aiguës et aux malades les plus difficiles et les plus lourds.

— Les centres de post-cure sont des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs et les traitements nécessaires à la réadaptation.

— L'appartement thérapeutique est une unité de soins à visée de réinsertion sociale, mise à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnel soignant.

— L'accueil familial thérapeutique a pour but de permettre le traitement de malades mentaux de tous âges dans des familles d'accueil lorsque le maintien ou le retour à domicile ne paraît pas souhaitable ou possible. Il s'adresse à des patients pour qui une prise en charge sociale et affective est indispensable en complément du suivi thérapeutique.

— Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) en psychiatrie organisent des soins réguliers au domicile du patient, lui permettant de redécouvrir les gestes de la vie quotidienne dans son cadre habituel et garantissant la continuité des soins.

tableau 1 ● évolution de la file active des secteurs de psychiatrie générale
selon les modes de prise en charge

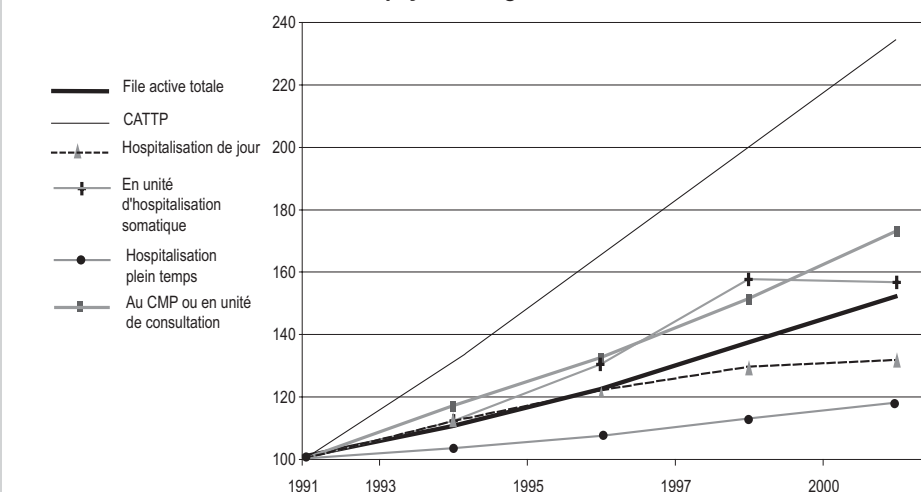
	1991	1993	1995	1997	2000	Évolution 1991-2000
	patients	patients	patients	patients	patients	en %
File active totale*	759 644	832 681	923 136	1 036 049	1 148 354	51,2
Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année en ambulatoire	597 123	686 173	779 128	895 307	980 251	64,2
dont au moins une fois :						
- au CMP ou en unité de consultation	417 808	488 370	552 794	631 554	722 011	72,8
- à domicile	116 267	112 145	116 007	120 236	119 554	2,8
- en institution substitutive au domicile	60 376	65 760	70 626	77 574	78 714	30,4
- en unité d'hospitalisation somatique	132 957	148 929	173 108	209 243	207 984	56,4
Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année à temps partiel	75 760	88 915	106 082	115 610	125 460	65,6
dont au moins une fois :						
- en hospitalisation de nuit	6 782	7 458	7 731	8 361	7 118	5,0
- en hospitalisation de jour	36 554	40 906	44 546	47 279	48 050	31,5
- au CATTP	28 400	37 083	47 446	57 126	66 538	134,3
- en atelier thérapeutique	6 332	5 728	6 021	6 663	5 457	-13,8
Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année à temps complet	258 473	267 831	280 296	292 743	305 863	18,3
dont au moins une fois :						
- en hospitalisation plein temps	249 764	258 124	267 943	281 876	294 483	17,9
- en centre de post-cure ou de réadaptation	1 289	2 044	1 792	1 771	1 796	39,3
- en appartement thérapeutique	1 209	1 309	1 399	1 280	1 839	52,1
- en accueil familial thérapeutique	3 006	3 816	3 720	3 628	3 091	2,8
- en hospitalisation à domicile	1 148	1 413	1 494	1 210	1 151	0,3

* Un patient pouvant être pris en charge dans différentes structures, la somme des files actives ambulatoire, temps partiel et temps complet est supérieure à la file active totale.

Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees - Rapports de secteurs de psychiatrie générale

graphique 1 ● évolution en base 100 des principaux modes de prise en charge
dans les secteurs de psychiatrie générale



Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees - Rapports de secteurs de psychiatrie générale

● La psychiatrie sectorisée *suite*

dans les CMP. Les interventions dans les services d'hospitalisation autres que psychiatrique ont aussi connu une très forte croissance (+56 %) entre 1991 et 2000. Le ralentissement observé entre 1997 et 2000 n'est qu'apparent car il ne prend pas en compte les interventions des dispositifs intersectoriels (132 000 passages aux urgences et 30 000 patients vus en unités somatiques).

125 000 patients ont été suivis à temps partiel (11 % de la file active totale des secteurs). La croissance des prises en charge à temps partiel (+66 % de patients suivis en dix ans) est surtout le fait des centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), devenus le mode de prise en charge prépondérant depuis 1995. 306 000 patients ont été suivis à temps complet en 2000 (essentiellement en hospitalisation), soit 27 % de la file active. Le nombre de patients pris en charge continue de croître mais ce mode de prise en charge est moins répandu que par le passé (34 % de la file active en 1991).

432 000 enfants vus par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000

Les équipes des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont vu au moins une fois dans l'année, 432 000 enfants et adolescents, soit 70 % de plus qu'en 1991 (graphique 2).

Le taux de recours en France s'établissait à 28 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en 2000, contre 16 pour 1 000 en 1991. Les taux de recours plus élevés observés dans la moitié sud de la France (carte 2) paraissent en partie liés à l'offre de soins disponible, plus abondante et diversifiée.

La prise en charge des enfants est presque exclusivement ambulatoire

97 % des jeunes patients sont pris en charge en ambulatoire, principalement en CMP (tableau 2), mais d'autres modalités se sont fortement développées depuis 1991 : interventions en milieu scolaire et instituts médico-éducatifs (IME), et dans les unités somatiques des centres hospitaliers (maternité, pédiatrie, urgences).

41 000 enfants et adolescents ont été suivis à temps partiel en 2000 selon diverses modalités : 18 000 en hôpital de jour, 22 000 en CATTP, devenu le mode de recours à temps partiel majoritaire, soit une augmentation de 34 % entre 1997 et 2000, et 18 000 en hôpital de jour, soit une augmentation entre 1997 et 2000 nettement plus faible.

La prise en charge à temps complet ne concerne que 2 % de la file active totale. Le nombre d'enfants hospitalisés à temps plein (6 600 en 2000) est toutefois resté stable depuis 1997. ■

■ Champ

Secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile en 2000 en France métropolitaine et DOM, à l'exclusion des dispositifs intersectoriels formalisés et des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

■ Définitions

— **File active** : ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un des membres de l'équipe du secteur.

— **Taux de recours aux secteurs** : nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par l'équipe du secteur de psychiatrie générale rapporté

à la population âgée de 20 ans ou plus du secteur couvert pour les adultes, à la population âgée de moins de 20 ans du secteur couvert pour les enfants.

■ Pour en savoir plus

- Coldefy M., Bousquet F., « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *Solidarité Santé*, n° 2, avril-juin 2002.
- Coldefy M., Faure P., Prieto N., « La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les SMPR », Drees, *Études et Résultats*, n° 181, juillet 2002.
- Coldefy M., Salines E., « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

en 2000 : évolutions et disparités », Drees, *Études et Résultats*, n° 341, septembre 2004.

— Coldefy M., Salines E., « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités », Drees, *Études et Résultats*, n° 342, octobre 2004.

— Guilmin A., Parayre C., Boisguerin B., « Bilan de la sectorisation psychiatrique », Drees, *Document de travail Série Statistiques*, n° 2, juin 2000.

■ Sources

— Rapports annuels de secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, Drees. Cette enquête réalisée tous les trois ans auprès des secteurs

de psychiatrie couvre la totalité du champ de l'activité des secteurs. L'exploitation la plus récente concerne l'année 2000.

— Cartographie des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, Drees - Insee.

— Insee, Recensement général de la population 1999.

tableau 2 ● évolution de la file active des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile
selon les modes de prise en charge

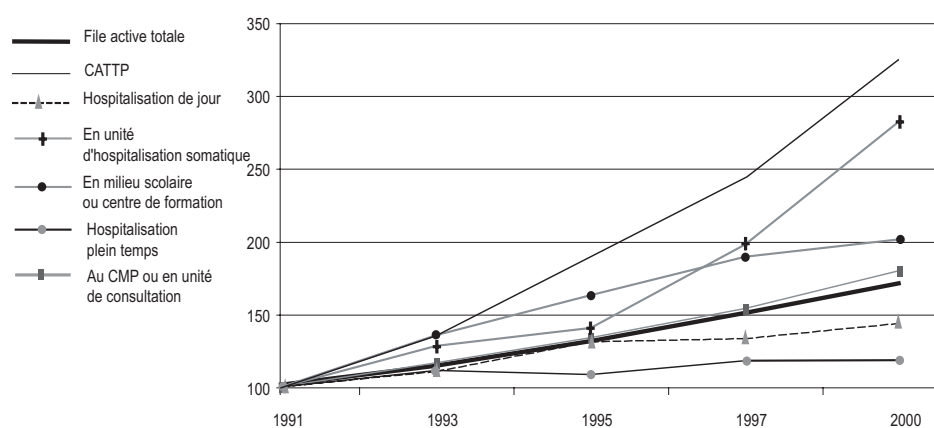
	1991	1993	1995	1997	2000	Évolution 1991-2000
	patients	patients	patients	patients	patients	en %
File active totale*	254 679	288 081	330 947	379 672	432 317	69,7
Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année en ambulatoire	235 382	261 105	310 024	364 577	418 032	77,6
dont au moins une fois :						
- au CMP ou en unité de consultation	212 029	247 314	283 856	326 260	381 153	79,8
- à domicile	11 177	11 346	10 646	11 149	10 040	-10,2
- en institution substitutive au domicile	2 266	2 521	2 097	2 233	2 437	7,5
- en unité d'hospitalisation somatique	9 181	11 778	12 898	18 143	25 938	182,5
- en établissement médico-éducatif	2 928	4 094	4 552	4 967	5 632	92,3
- en PMI	8 232	5 538	7 623	10 177	8 426	2,4
- en milieu scolaire ou centre de formation	14 659	19 858	23 888	27 736	29 518	101,4
Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année à temps partiel	20 945	27 398	29 697	37 732	41 099	96,2
dont au moins une fois :						
- en hospitalisation de nuit	196	260	320	470	478	143,9
- en hospitalisation de jour	12 337	13 650	16 136	16 431	17 704	43,5
- au CATTP	6 717	8 992	12 626	16 322	21 821	224,9
Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année à temps complet	7 642	8 635	8 967	9 825	10 251	34,1
dont au moins une fois :						
- en hospitalisation plein temps	5 587	6 225	6 058	6 593	6 608	18,3
- en accueil familial thérapeutique	803	846	963	1 008	1 052	31,0
- en hospitalisation à domicile	548	527	515	568	483	-11,9

* Un patient pouvant être pris en charge dans différentes structures, la somme des files actives ambulatoire, temps partiel et temps complet est supérieure à la file active totale.

Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees - Rapports de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

graphique 2 ● évolution en base 100 des principaux modes de prise en charge
dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile



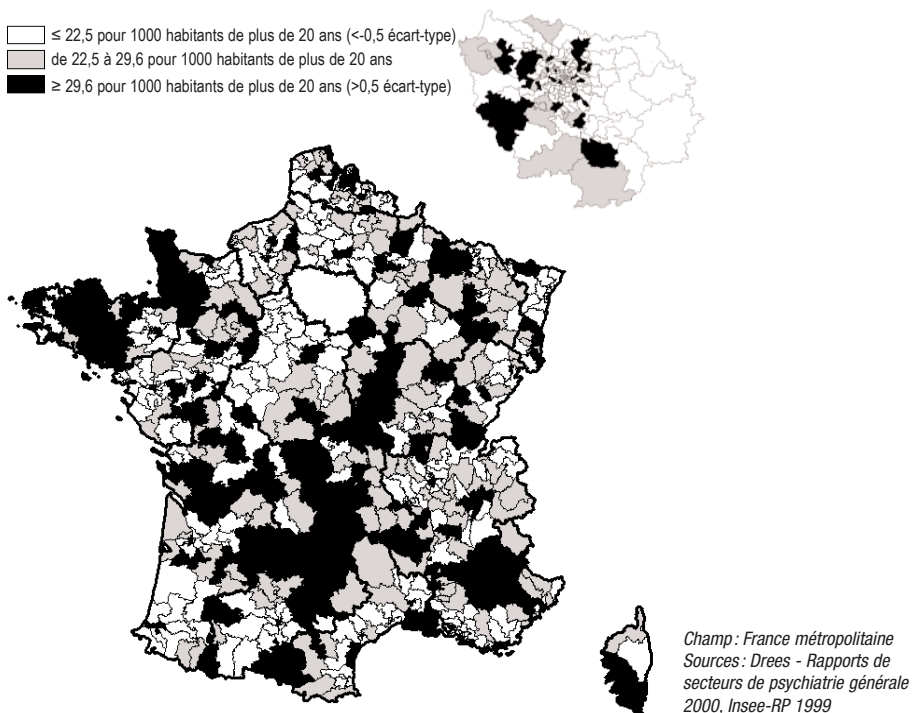
Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees - Rapports de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

● La psychiatrie sectorisée *suite*

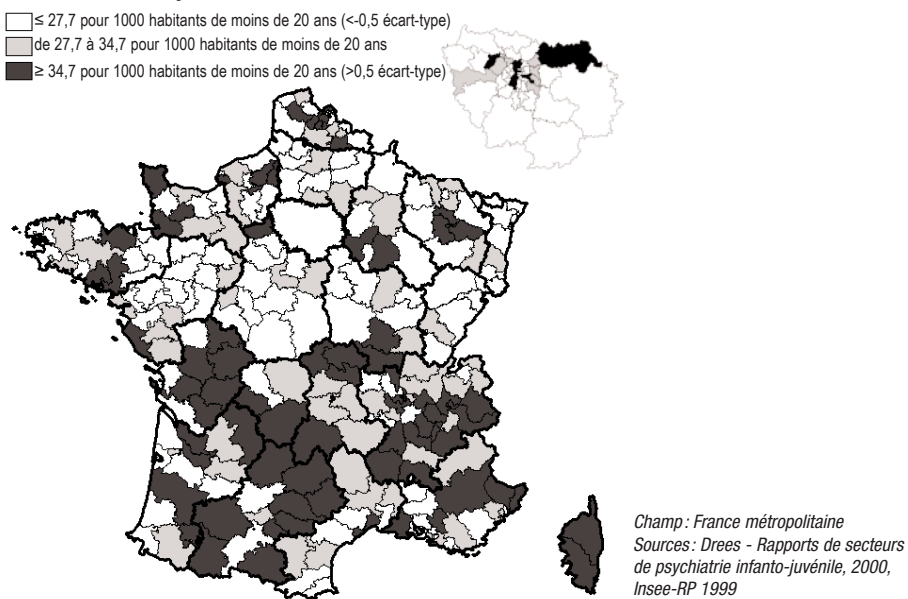
carte 1 ● taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale en 2000

- ≤ 22,5 pour 1000 habitants de plus de 20 ans (<0,5 écart-type)
- de 22,5 à 29,6 pour 1000 habitants de plus de 20 ans
- ≥ 29,6 pour 1000 habitants de plus de 20 ans (>0,5 écart-type)



carte 2 ● taux de recours aux secteurs de psychiatrie
infanto-juvénile en 2000

- ≤ 27,7 pour 1000 habitants de moins de 20 ans (<0,5 écart-type)
- de 27,7 à 34,7 pour 1000 habitants de moins de 20 ans
- ≥ 34,7 pour 1000 habitants de moins de 20 ans (>0,5 écart-type)



6

La situation économique du secteur

- La part des établissements de santé dans la consommation de soins
 - L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées
 - L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées

● La part des établissements de santé dans la consommation de soins

Avec 64,3 milliards d'euros, en 2004, le secteur hospitalier (établissements hospitaliers publics et privés) représente 44,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,5 % de la consommation totale des ménages. De 1997 à 2004, l'évolution de la consommation de soins hospitaliers a été inférieure à celle de la consommation totale de soins et biens médicaux.

64 milliards d'euros en 2004 pour la consommation de soins hospitaliers

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour, moyen séjour et psychiatrie donne lieu à une dépense de soins, qui s'élève en 2004 à 64,3 milliards d'euros (tableau 1). À la différence des autres fiches, dans les comptes de la santé en base 2000, le secteur hospitalier ne comprend pas l'hospitalisation de longue durée (souvent appelée long séjour). La part de la consommation de soins hospitaliers dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux tend à diminuer : elle est passée de 48,6 % en 1995 à 44,4 % en 2004. Pour la situer dans l'ensemble de l'économie, la consommation de soins hospitaliers représente en 2004, 5,5 % de la consommation totale des ménages. Cette part a augmenté de 0,2 point depuis 2000 (graphique 2). Dans le secteur public hospitalier, qui comprend les établissements publics et les établissements privés sous dotation globale, la consommation de soins s'élève à 49,9 milliards d'euros. Elle croît de +4,7 % en valeur en 2004, ce qui marque un fléchissement par rapport à l'année précédente (+5,7 %).

Dans le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées, la consommation de soins s'est élevée à 14,4 milliards d'euros en 2004. Elle se compose de 9,7 milliards

d'euros de frais de séjour et de dépenses forfaitaires et 4,7 milliards d'honoraires de médecins, d'analyses, de médicaments et prothèses implantées à l'occasion d'une hospitalisation complète. Comme dans le secteur public, la croissance en valeur observée en 2004 (+5,1 %) est inférieure à celle de 2003 (+6,0 %).

Un financement presque exclusif par l'assurance-maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers : 92,5 % en 2004 contre 76,7 % pour l'ensemble de la consommation de soins et biens médicaux (tableau 2). Une large majorité des séjours donnent en effet lieu à une facturation sans ticket modérateur, compte tenu de la cotation des actes pratiqués, de leur motivation par une affection de longue durée ou de leur durée. L'intervention des autres financeurs est très faible : ainsi les organismes complémentaires ne contribuent que pour 3,9 % à la prise en charge des dépenses hospitalières, contre 12,9 % du total de la consommation de soins et de biens médicaux. Leur intervention correspond principalement à la prise en charge du « forfait hospitalier », non couvert par l'assurance-maladie, ou d'une partie de celui-ci. ■

■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint à la consommation de soins hospitaliers des établissements de santé des secteurs public et privé en 2004, pour la France entière. Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (soins de longue durée et soins en maisons de retraite) ainsi que les consultations externes (comptabilisées en soins ambulatoires) sont exclues.

■ Définitions

– **Consommation de soins hospitaliers** : les soins hospitaliers sont produits par le secteur public hospitalier et le secteur privé hospitalier. 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 ; en particulier, les établissements privés participant au service public hospitalier font partie du secteur public.

– **Consommation de soins et de**

biens médicaux : elle représente la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire national – y compris les DOM – par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins individuels. Elle est évaluée grâce aux financements, d'origine publique ou privée, qui en sont la contrepartie.

■ Pour en savoir plus

– A. Fenina, Y. Geffroy, « Les comptes nationaux de la santé en 2004 », *Étu-*

des et Résultats, Drees, n° 413, juillet 2005.

– A. Fenina, Y. Geffroy, « *Comptes nationaux de la santé 2004* », document de travail, série statistiques Drees, n° 84, juillet 2005.

■ Source

Compte de la santé, qui est un compte satellite des Comptes de la Nation ; depuis 2004, les comptes sont établis selon une nouvelle base des comptes nationaux (base 2000).

tableau 1 ● consommation de soins hospitaliers et consommation de soins et de biens médicaux (en millions d'euros)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Consommation de soins et biens médicaux	98 032	115 121	121 730	129 548	137 801	144 822
Consommation de soins hospitaliers	47 625	52 669	54 763	58 024	61 323	64 279
dont : soins hospitaliers en secteur public	35 467	40 802	42 567	45 095	47 612	49 862
soins hospitaliers en secteur privé	12 158	11 866	12 196	12 929	13 711	14 417
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et biens médicaux	48,6 %	45,8 %	45,0 %	44,8 %	44,5 %	44,4 %

Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees - Comptes de la santé (base 2000)

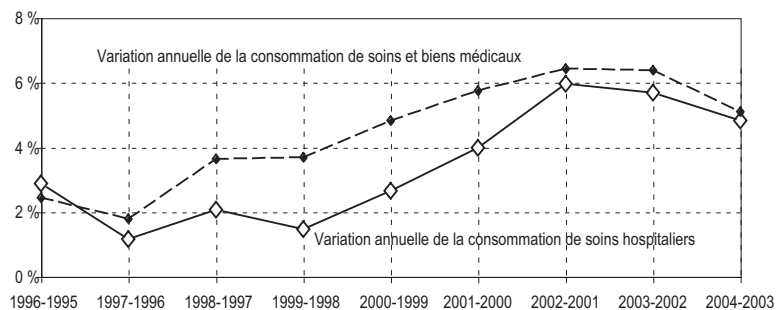
tableau 2 ● structure de financement en 2004 (en %)

	Consommation de soins et biens médicaux	Consommation de soins hospitaliers
Sécurité sociale	76,7	92,5
État et collectivités locales	1,3	1,2
Mutuelles	7,3	2,0
Sociétés d'assurances	3,0	1,0
Institutions de prévoyance	2,6	0,9
Ménages	9,1	2,4
Ensemble	100,0	100,0

Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees - Comptes de la santé (base 2000)

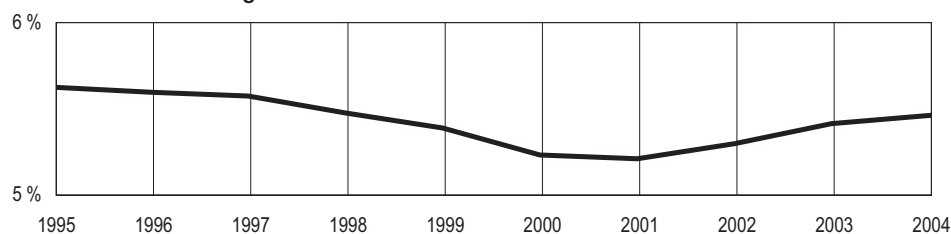
graphique 1 ● évolution annuelle de la consommation de soins hospitaliers et de la consommation de soins et de biens médicaux (en euros courants)



Champ : France entière

Source : Drees - Comptes de la santé (base 2000)

graphique 2 ● part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation des ménages



Champ : France métropolitaine et Dom

Source : Drees - Comptes de la santé (base 2000)

● L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées

En 2003, les cliniques privées sous objectif quantifié national (OQN) ont réalisé le tiers de l'activité hospitalière. La hausse de leur chiffre d'affaires a été de 8,7 % après une croissance de 7,7 % en 2002 et de 5,7 % en 2001. Cette augmentation est principalement liée à l'activité de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) pour laquelle il a crû de 9 % entre 2002 et 2003.

Cette hausse générale du chiffre d'affaires des cliniques privées est à la fois liée à celle de l'activité et à celle des tarifs.

Une croissance tirée par l'activité de MCO

La croissance du chiffre d'affaires des cliniques sous OQN en 2003 est surtout due à celle du secteur MCO (9 %), qui a contribué à 82,2 % de sa croissance globale.

Au sein de ce secteur, le chiffre d'affaires des cliniques médicales progresse de 10,7 %, celui des cliniques chirurgicales de 7,6 %, et celui des polycliniques de 9,3 %.

Les cliniques qui n'ont pas d'activité de MCO ont également connu en 2003 une forte augmentation de leur chiffre d'affaires (+7,5 %), mais les évolutions globales ont été contrastées : en soins de suite et de réadaptation, le chiffre d'affaires a crû de 9,4 %, contre 5,6 % en psychiatrie et 2,4 % pour les centres de dialyse.

Les grandes cliniques (chiffre d'affaires supérieur à 12 millions d'euros) ont vu leur chiffre d'affaires augmenter de 10,1 %, en 2003, contribuant ainsi à 57 % de la hausse du chiffre d'affaires total des cliniques privées. Les cliniques de taille moyenne (chiffre d'affaires compris entre 6 et 12 millions d'euros), et les petites cliniques (chiffre d'affaires inférieur à 6 millions d'euros), ont certains taux de croissance inférieurs, atteignant respectivement 7,7 % et 6,6 %.

Une hausse liée à l'évolution de l'activité et à celle des tarifs

L'activité des cliniques privées, mesurée par le nombre d'entrées et de venues, a augmenté moins vite que leur chiffre d'affaires global entre 2002 et 2003 (+2,5 %). Le ratio du chiffre d'affaires rapporté à l'activité a donc crû de 11,5 % sur la période, passant de 1 140 à 1 271 par « entrée et venue ».

L'augmentation de l'activité n'explique donc pas la totalité de l'augmentation du chiffre d'affaires des cliniques. La hausse des tarifs y contribue également de façon significative en 2003. Deux hausses tarifaires sont en effet intervenues en 2003 : d'une part l'accord annuel national entre l'État et les organisations représentatives des établissements de santé privés, a induit une hausse tarifaire de 3 %, d'autre part, les subventions versées en 2002 au titre du Fonds de Modernisation des Cliniques Privées, qui étaient jusque-là comptabilisées en subventions d'exploitation, ont été intégrées à la revalorisation des tarifs au 1^{er} janvier 2003. ■

■ Champ

La Dhos, en partenariat avec les Fédérations FEHAP (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif) et FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée) liste les établissements de santé français étant les cliniques privées sous OQN (liste positive). Les comptes de ces cliniques sont par ailleurs transmis aux tribunaux de commerce, mais parfois avec retard. Ainsi, les données de 2003 sont relatives aux 790 cliniques dont les comptes sont disponibles et ont pu être croisés avec l'activité (via l'enquête SAE 2003). Au final, seules 709 cliniques étaient présentes à la fois en 2002 et en 2003.

■ Définitions

– **Chiffre d'affaires (CA)** : montant des affaires réalisées par l'entreprise avec les tiers dans l'exercice de son activité professionnelle normale et courante.

– **Le Fonds de Modernisation des Cliniques Privées (FMCP)** : sa création au 1^{er} janvier 2000 devait permettre aux cliniques privées de financer des investissements contribuant à l'adéquation de l'offre de soins hospitaliers aux priorités définies par les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS). Ses interventions ont par la suite été élargies afin de répondre à d'autres objectifs (mise en conformité d'installations, contribution à la politique sociale et salariale des

établissements...). 180 millions d'euros ont été versés aux cliniques privées en 2002 pour les fonds alloués en 2001 et 2002, que les cliniques doivent inscrire en subventions d'exploitation. Enfin, la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2003 indique que le montant de l'ensemble des subventions versées a été intégré à la revalorisation des tarifs des cliniques concernées au 1^{er} janvier 2003 ; ces subventions deviennent ainsi pérennes.

■ Pour en savoir plus

B. Le Rhun et M.-C. Legendre, « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2002 et 2003 », Drees,

Études et Résultats, n° 411, juillet 2005

■ Sources

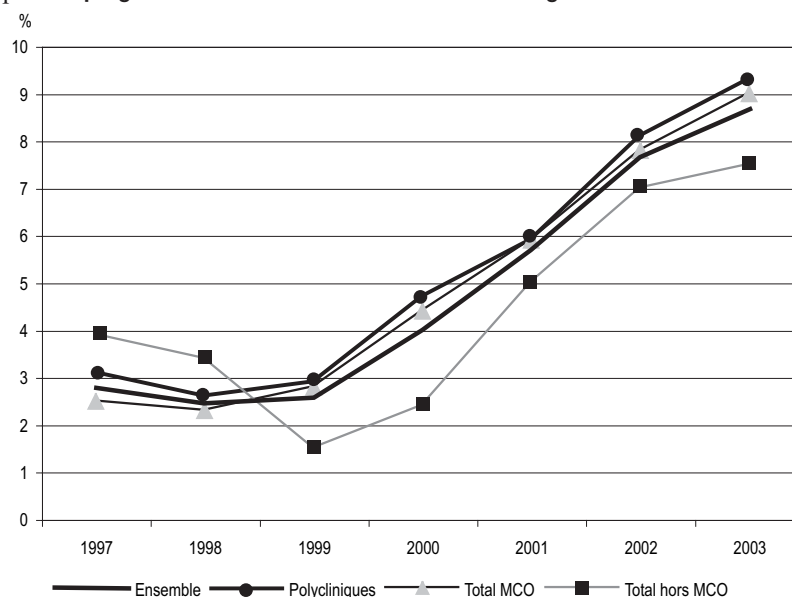
Comptes des cliniques privées transmis aux tribunaux de commerce. Enquête SAE 2003.

tableau 1 ● évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées

	Entreprises répondantes en 2003		Évolution en % par rapport à l'année précédente (cliniques présentes les deux années)				
	Nombre de cliniques	Chiffre d'affaires total (en millions d'euros)	1999	2000	2001	2002	2003
MCO							
Polycliniques	283	3 774	2,9	4,7	5,9	8,1	9,3
Médecine	37	222	6,2	5,3	9,6	10,6	10,7
Chirurgie	145	1 029	1,7	2,9	5,0	6,5	7,6
Obstétrique	10	80	7,7	5,1	9,8	7,1	5,1
Total MCO	475	5 105	2,8	4,4	5,9	7,8	9,0
Hors MCO							
Suite et réadaptation	178	890	1,0	2,4	7,1	7,6	9,4
Psychiatrie	102	382	0,8	2,5	2,0	5,3	5,6
Dialyse	17	99	4,6	0,3	3,5	5,8	2,4
Divers	18	26	2,0	5,8	5,0	6,6	2,2
Total hors MCO	315	1 398	1,5	2,4	5,0	7,0	7,5
TOTAL	790	6 505	2,6	4,0	5,7	7,7	8,7
dont CA des cliniques							
- de moins de 6 millions d'euros	420	1 338	3,9	5,6	3,6	6,6	6,6
- de 6 à 12 millions d'euros	214	1 804	2,0	2,9	5,0	6,2	7,7
- de plus de 12 millions d'euros	156	3 362	1,9	3,8	7,7	9,3	10,1

Sources : greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003, calculs Drees

graphique 1 ● progression du chiffre d'affaires selon la catégorie d'établissements



Sources : greffes des tribunaux de commerce, SAE, calculs Drees

● L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées

La rentabilité économique des cliniques privées augmente très peu en 2003, suite à la stabilité générale de leur compte de résultat. Le taux de rentabilité économique reste plus élevé pour les cliniques de petite taille ainsi que pour le secteur MCO.

Une stabilité d'ensemble de la rentabilité d'exploitation en 2003

En 2003, la rentabilité d'exploitation des cliniques, correspondant au surplus dégagé par la confrontation entre les produits et les charges liées à l'activité et mesurée par le taux de marge brute d'exploitation (excédent brut d'exploitation/chiffre d'affaires) se stabilise à 4,8 % (tableau 1). Cette stabilité résulte d'une diminution de la part des frais de personnel (-0,5 point par rapport à 2002) et celle de la part des achats et charges externes (-0,2 point) et d'autre part d'une hausse de la fiscalité liée à l'exploitation dans le chiffre d'affaires (+0,8 point par rapport à 2002). Cette augmentation de la part de la fiscalité provient de la réduction des subventions d'exploitation perçues par les cliniques (0,3 % du chiffre d'affaires), largement inférieures à celles versées en 2002 (1,2 % du chiffre d'affaires). Il faut toutefois noter que les subventions de l'année 2002 étaient exceptionnelles, résultant de l'élargissement du fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP) à l'accompagnement des revalorisations salariales.

Le bénéfice d'exploitation en 2003 augmente de 0,2 point. Cela s'explique essentiellement par la baisse de la part des dotations nettes aux amortissements qui ne cesse de décroître depuis 1998.

Le résultat financier lui aussi augmente légèrement (+0,1 point), en raison de la diminution des charges financières, amorcée en 2002. Le résultat courant a donc été simultanément stimulé en 2003 par l'amélioration respective de leur résultat financier et de leur résultat d'exploitation. Il faut toutefois souligner une baisse

du résultat exceptionnel, due à une diminution des produits exceptionnels.

Au final, la rentabilité économique, mesurée par le ratio résultat net/chiffre d'affaires, qui résulte de l'ensemble de ces éléments, varie très peu en 2003 (+1,2 %) et en 2002 (+1,1)

Les petits établissements sont plus rentables

La moitié des cliniques privées sous OQN ont en 2003 un taux de rentabilité économique supérieur à 1,9 % (tableau 2). Mais ce taux est, comme en 2002, négatif pour 28 % d'entre elles. La rentabilité décroît globalement avec la taille de l'établissement : 2,6 % pour les cliniques de CA inférieur à 6 millions, 1,1 % pour les cliniques de taille moyenne (CA compris entre 6 et 12 millions) et 0,6 % pour les plus grandes cliniques.

La rentabilité économique des polycliniques est faible, de 0,5 %. Mais, l'effet taille joue de façon inverse pour ces établissements (respectivement 0,8 % pour les grandes, 0,3 % pour les moyennes et -2,5 % pour les petites). Alors que les difficultés des petites polycliniques s'accroissent en 2003, les bénéfices des grandes polycliniques sont en hausse par rapport à 2002.

L'écart entre les cliniques pratiquant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et les autres cliniques, plus rentables, se réduit pour la deuxième année consécutive (5,9 points en 2001, 3,7 en 2002 et 2,7 en 2003). En effet, le taux de rentabilité économique des cliniques MCO (0,6 %) progresse de 0,3 point par rapport à 2002, notamment pour les cliniques chirurgicales. En dehors de ce secteur, il poursuit le recul amorcé en 2000 et, à 3,3 %, diminue de 0,7 point par rapport à 2002. ■

■ Champ

Les données de 2003 sont relatives aux 790 cliniques privées dont les comptes ont été transmis aux tribunaux de commerce et ont pu être croisés avec l'activité (via l'enquête SAE 2003). Au final, 709 cliniques étaient présentes à la fois en 2002 et en 2003.

■ Définitions

– **Achats et charges externes** : ils comprennent notamment la sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-

bail, les loyers, l'entretien et les primes d'assurances

– **Fonds de Modernisation des Cliniques Privées (FMCP)** : voir fiche précédente

– **Chiffre d'affaires (CA)** : voir fiche précédente.

– **Excédent brut d'exploitation (EBE)** : solde des opérations d'exploitation liées directement à la production.

– **Résultat courant** : somme des résultats des activités d'exploitation et financière.

– **Résultat exceptionnel** : solde des

produits et des charges exceptionnels.

– **Résultat net** : solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

■ Pour en savoir plus

– Le Rhun B. et Legendre M.-C., « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2002 et 2003 », *Études et Résultats*, n° 411, juillet 2005, Drees

– « L'économie des cliniques privées en 2003 », l'Observatoire Économi-

que des Cliniques Privées Françaises du CTC Conseil, en partenariat avec la FHP.

■ Sources

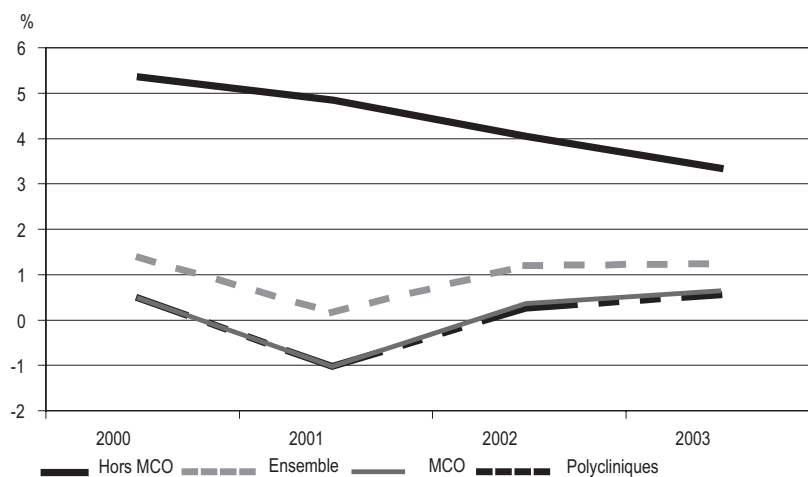
Comptes des cliniques privées transmis aux tribunaux de commerce Enquête SAE 2003.

tableau 1 ● compte de résultat des cliniques privées

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nombre d'entreprises incluses	1 096	1 117	1 042	1 023	980	790
CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN (en M)	5,8	5,9	6,5	6,7	7,5	8,3
Achats et charges externes (en % du CA)	-42,2 %	-42,8 %	-43,6 %	-44,2 %	-43,9 %	-43,7 %
dont : - Achats consommés	-17,0 %	-17,5 %	-17,4 %	-17,6 %	-17,5 %	-17,1 %
- Autres achats et charges externes	-25,2 %	-25,5 %	-26,1 %	-26,6 %	-26,5 %	-26,6 %
- Variation de stocks	0,0 %	0,2 %	-0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Frais de personnel (en % du CA)	-44,9 %	-44,9 %	-44,7 %	-45,9 %	-46,5 %	-46,0 %
dont : - Salaires bruts	-32,3 %	-32,0 %	-32,7 %	-33,7 %	-33,9 %	-33,2 %
- Charges sociales	-12,6 %	-12,9 %	-12,0 %	-12,2 %	-12,6 %	-12,8 %
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-6,3 %	-6,4 %	-6,4 %	-6,3 %	-4,8 %	-5,6 %
dont : - Impôts, taxes et versements assimilés	-6,4 %	-6,5 %	-6,5 %	-6,4 %	-6,0 %	-5,9 %
- Subvention d'exploitation	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	1,2 %	0,3 %
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	6,6 %	5,9 %	5,3 %	3,6 %	4,8 %	4,8 %
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-3,5 %	-3,4 %	-3,2 %	-3,0 %	-2,9 %	-2,6 %
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,5 %
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	3,5 %	2,9 %	2,5 %	1,0 %	2,4 %	2,6 %
Résultat financier	-0,5 %	-0,4 %	-0,3 %	-0,5 %	-0,4 %	-0,3 %
dont : - Produits financiers	0,6 %	0,7 %	0,8 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %
- Charges financières	-1,1 %	-1,1 %	-1,1 %	-1,2 %	-1,0 %	-0,9 %
RÉSULTAT COURANT (exploitation + financier)	3,0 %	2,5 %	2,2 %	0,5 %	2,0 %	2,3 %
Résultat exceptionnel (en % du CA)	-0,3 %	-0,1 %	0,7 %	0,7 %	0,5 %	0,1 %
dont : - Produits exceptionnels	2,0 %	1,9 %	3,0 %	2,4 %	2,7 %	2,3 %
- Charges exceptionnelles	-2,3 %	-2,1 %	-2,3 %	-1,8 %	-2,1 %	-2,2 %
Participation des salariés (en % du CA)	-0,3 %	-0,3 %	-0,3 %	-0,2 %	-0,3 %	-0,3 %
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,4 %	-1,2 %	-1,3 %	-0,9 %	-1,0 %	-1,0 %
RÉSULTAT NET (en % du CA)	1,0 %	0,9 %	1,3 %	0,1 %	1,1 %	1,2 %

Attention, des différences apparaissent entre la somme de pourcentages et le résultat réel, cela à cause des arrondis à un chiffre après la virgule.
Sources : greffes des tribunaux de commerce, SAE, calculs Drees

graphique 1 ● évolution de la rentabilité économique selon la catégorie d'établissement



Sources : greffes des tribunaux de commerce, SAE, calculs Drees

● L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées, *suite*

tableau 2 ● évolution de la rentabilité économique selon la catégorie d'établissement

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
MCO							
Polycliniques	0,7	0,2	0,0	0,4	-1,1	0,2	0,5
Médecine	2,6	3,5	1,4	1,1	1,1	1,2	1,2
Chirurgie	1,2	-0,3	0,0	0,1	-1,2	0,5	1,1
Obstétrique	2,1	1,4	1,0	3,3	0,6	-1,7	-3,6
Total MCO	0,9	0,3	0,1	0,4	-1,1	0,3	0,6
Hors MCO							
Suite et réadaptation	3,0	3,8	3,0	2,5	3,7	3,1	2,0
Psychiatrie	5,7	4,9	5,2	6,4	4,0	4,4	5,7
Dialyse	8,1	8,6	8,3	20,7	17,1	7,7	5,7
Divers	4,6	3,0	4,1	0,7	1,3	3,7	5,5
Total hors MCO	4,4	4,4	4,3	5,3	4,8	4,0	3,3
Ensemble	1,5	1,0	0,9	1,3	0,1	1,1	1,2
dont CA des cliniques :							
de moins de 6 millions d'euros				2,2	0,7	1,9	2,6
de 6 à 12 millions d'euros				0,7	-1,3	0,7	1,1
de plus de 12 millions d'euros				0,9	-2,0	0,8	0,6

Sources : greffes des tribunaux de commerce, SAE, calculs Drees

7

Les grandes sources de données sur les établissements de santé

● Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) a été mise en place en 1994 et refondue en 2000. Les objectifs de la refonte de 2000 étaient de mieux rendre compte des facteurs de production, de tenir compte de la mise en place du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), d'harmoniser les données du public et du privé et d'améliorer les délais de production et de restitution aux différents acteurs. Depuis cette date, l'interrogation se fait (pour les établissements privés et pour les établissements publics de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique) au niveau de l'établissement géographique pour permettre une meilleure comparabilité et localiser plus finement les activités et les équipements.

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins¹. Sont également inclus les services pénitentiaires des établissements de santé et les secteurs militaires des établissements. Toutefois dans les résultats présentés ici, les données des établissements du Service de santé des armées ne sont pas intégrées.

Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- Identification, organisation, évolution et structure 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 : capacité, activité, équipement et personnel.

La statistique annuelle des établissements de santé produit deux types de données :

- une base dite « administrative »² : elle contient les données déclarées par un établissement ou une entité juridique (données validées par la DRASS ou la CRAM selon les cas).
- Une base dite « statistique », destinée aux études, à partir des données redressées par la Drees pour corriger les effets de l'absence partielle ou totale de réponses de certains établissements.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous la tutelle de la Dhos (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) du ministère de la santé. Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'Atih (Agence technique de l'information hospitalière³). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il existe dorénavant un recueil PMSI pour les soins de suite ou réadaptation fonctionnelle (SSR). Le recueil pour l'hospitalisation à domicile se met en place et il reste expérimental sur la psychiatrie.

Le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), du ou des diagnostics et des actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit, dont les informations déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM), présentant une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour. Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les diagnostics et le catalogue des actes médicaux⁴ (CdAM) pour les actes.

La nomenclature des GHM comportant plus de 600 postes, des regroupements ont été effectués soit en utilisant les catégories majeures de diagnostics (CMD) qui classent les GHM en 28 grands groupes, soit à l'aide de la nomenclature OAP (Outil d'analyse du PMSI), utilisée dans les fiches sur la spécialisation. Cette dernière classification, qui a été élaborée par l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, consiste à regrouper des GHM en « pôles d'activité » homogènes par rapport aux compétences et moyens techniques mis en œuvre ; ils tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou spécialité (par exemple ophtalmologie, cardiologie...) et de la nature de l'activité.

Les traitements statistiques effectués sur le PMSI et la SAE

Le PMSI permet dans un premier temps d'identifier quelques établissements non-répondants à la SAE et d'en redresser les données. En 2003, ce redressement conduit, par rapport aux données brutes, à une augmentation de 0,8 % des journées et des venues (hors séances). Ce sont essentiellement les établissements privés sous dotation globale qui sont concernés.

Ce redressement effectué, le PMSI contient plus de 97 % de l'ensemble des journées et venues (hors séances) recensées dans la SAE. Cette différence provient du fait que certains établissements ne décrivent pas de manière exhaustive leur activité de MCO dans le PMSI et que le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité MCO (des hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie...).

Deux types de redressement sont donc effectués : la non-exhaustivité des réponses du PMSI est corrigée, établissement par établissement à partir de la SAE, et un calage sur l'activité mesurée dans la SAE est effectué par strate d'établissements (croisement du mode de financement, du type d'établissement et du département d'implantation). Ces redressements sont indispensables pour permettre la comparaison d'une année sur

1. Les activités de soins : assistance médicale à la procréation (AMP) comme celles de transplantation et de prélèvements d'organe qui font l'objet de recueils d'information distincts ne sont pas concernées.

2. Disponible sur cédérom, avec logiciel d'interrogation auprès de la Drees

3. www.atih.sante.fr

4. Cette nomenclature sera remplacée à partir de 2005 par la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

l'autre des niveaux et des évolutions d'activité en MCO compte tenu de la forte amélioration de la représentativité du PMSI au fil du temps.

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 a globalement permis un rapprochement de ces concepts entre le PMSI et la SAE. Sont exclus du PMSI l'ensemble des séances ainsi que les séjours concernant les nouveaux nés pour lesquels aucun soin particulier n'a été effectué (nouveaux nés restés près de leur mère). Cependant, de légers écarts peuvent exister, en particulier du fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année, alors que le PMSI concerne les séjours terminés dans l'année. D'autre part, le renouvellement profond de la SAE lors de sa refonte en 2000 rend parfois difficile l'analyse des évolutions de certaines variables.

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les données d'activité et les durées de séjour présentées ici proviennent du PMSI. En soins de suite et de réadaptation, ainsi qu'en soins de longue durée, les données proviennent de la SAE. En psychiatrie, une autre source administrative collectée par la Drees, les rapports de secteur, complète les données de la SAE notamment pour les alternatives à l'hospitalisation. Les durées moyennes de séjour sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de plus de vingt-quatre heures, hors nouveaux-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.

Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus de 24 heures

Des différences sensibles existent, entre la SAE et le PMSI, dans les critères de répartition des séjours selon les différents modes d'hospitalisations et selon 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 24 heures (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins de 24 heures) et d'« hospitalisation partielle » quand elle mobilise une place autorisée pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie – chirurgie ambulatoire.

Dans le PMSI, le mode d'hospitalisation est défini par la durée constatée du séjour : une durée de séjour inférieure à 24 heures

classe celui-ci en « hospitalisation partielle » quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge, on parle alors d'activité ambulatoire. Une durée supérieure à 24 heures correspond automatiquement à un séjour en « hospitalisation complète ».

Classification des séjours selon les disciplines d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données pour la classification des séjours selon les disciplines d'équipement. Pour la répartition entre médecine et chirurgie, dans la SAE, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie ou obstétrique). Un séjour est « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, « médical » si le lit est catalogué en médecine.

Le PMSI décrit, lui, les prestations délivrées au patient. Dans un premier temps, les accouchements sont définis à partir des séjours issus du PMSI comportant un accouchement avec ou sans complication, les autres séjours sont qualifiés de « chirurgicaux » ou de séjour classé en chirurgie si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché, les autres séjours sont alors qualifiés de « médicaux » ou de séjours classés en médecines. ■

Dans cette publication les données sur les capacités, quelles que soit la discipline, et les données sur les activités de psychiatrie⁵, de soins de suite et réadaptation et de soins de longue durée sont issues de la SAE. Les données sur l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique et les caractéristiques des séjours sont, elles, issues du PMSI-MCO.

5. Les données sur la psychiatrie sectorisée sont constituées par les données des rapports de secteur (cf. fiches psychiatrie).

