

PANORAMAS DE LA



Les établissements de santé

ÉDITION 2020



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction

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

PANORAMAS
DE
LA
RECHERCHE
ET
DES
STATISTIQUES

Les établissements de santé

ÉDITION 2020

SA
M
W
A
R
A
O
N
A
P

Les établissements de santé - édition 2020

Sous la direction de **Fabien Toutlemonde**

Coordination

Bénédicte Boisguérin

Rédaction

Alice Bergonzoni, Bénédicte Boisguérin, Hélène Chaput, Athémane Dahmouh, Christophe Dixte, Aurélie Delaporte, Gaëlle Gateaud, Candice Legris, Sandrine Morin, Christine de Peretti, Jehanne Richet, Tom Seimandi, Charline Sterchele, Fabien Toutlemonde, Raphaël Trémoulu, Annick Vilain, Albert Vuagnat

Directeur de la publication

Fabrice Lengart

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Suivi éditorial

Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction

Laura Dherbecourt

Maquettiste

NDBD

Création graphique

Philippe Brulin

Avant-propos

Les établissements de santé proposent, chaque année, une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. L'édition 2020 a été préparée dans le contexte de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Parce que les données qui y sont présentées ont été largement mobilisées pour la gestion de la crise, durant et après le confinement du printemps 2020, il a été décidé de maintenir la publication de cet ouvrage dans le cadre du plan de continuité d'activité de la DREES, pour partager le plus largement les éléments statistiques les plus à jour décrivant le paysage hospitalier français.

Cette édition présente les données de l'année 2018, dernière année complète disponible, relatives à la France métropolitaine et aux départements et régions d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe¹, Guyane, La Réunion et Mayotte). Elle fournit les chiffres clés sur l'activité et les capacités des structures hospitalières, ainsi que sur les personnels et leur rémunération. L'ouvrage offre une analyse plus détaillée d'activités spécifiques comme la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation ou encore la médecine d'urgence. Il présente également des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ainsi que des éléments de cadrage économique et financier. Ces informations sont présentées de manière pédagogique à travers 33 fiches thématiques et synthétiques, accompagnées de tableaux, de cartes, de graphiques et d'annexes. Les principales définitions nécessaires à la compréhension du texte et les références bibliographiques les plus pertinentes sont intégrées dans chacune des fiches.

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

1. Y compris deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy, qui totalisent 65 lits d'hospitalisation complète et sont gérés par l'agence régionale de santé de Guadeloupe (présents historiquement dans la statistique annuelle des établissements de santé).

Sommaire

Les établissements de santé – édition 2020

Vue d'ensemble	7
Fiches thématiques	17
Données de cadrage	19
Fiche 01 • Les grandes catégories d'établissements de santé	20
Fiche 02 • Les capacités d'accueil à l'hôpital	24
Fiche 03 • L'activité en hospitalisation complète et partielle	29
Fiche 04 • Les autres prises en charge hospitalières	34
Fiche 05 • Emplois médicaux : médecins, odontologues, pharmaciens, internes et sages-femmes	38
Fiche 06 • Personnels non médicaux salariés	44
Fiche 07 • Les salaires dans le secteur hospitalier	48
Fiche 08 • Les établissements de santé dans les DROM : activité et capacités	53
Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie	59
Fiche 09 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités	60
Fiche 10 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle	64
Fiche 11 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : principaux motifs de recours	67
Fiche 12 • La spécialisation en médecine	71
Fiche 13 • La spécialisation en chirurgie	75
Fiche 14 • La spécialisation en obstétrique	79
Les autres disciplines hospitalières	83
Fiche 15 • L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé	84
Fiche 16 • Les patients suivis en psychiatrie	90
Fiche 17 • Les établissements d'hospitalisation à domicile	95
Fiche 18 • Les patients hospitalisés à domicile	101
Fiche 19 • Les établissements de soins de suite et de réadaptation	106
Fiche 20 • La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation	111
Fiche 21 • Les parcours de soins hospitaliers	116

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière	121
Fiche 22 • Les équipements chirurgicaux et d'anesthésie	122
Fiche 23 • L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif.....	125
Fiche 24 • La naissance : les maternités.....	129
Fiche 25 • La naissance : caractéristiques des accouchements	133
Fiche 26 • La médecine d'urgence.....	137
Fiche 27 • Les interruptions volontaires de grossesse	141
Fiche 28 • La qualité des soins et la sécurité du patient dans les établissements de santé	146
La situation économique du secteur.....	153
Fiche 29 • Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux	154
Fiche 30 • La part des établissements de santé dans la consommation de soins	158
Fiche 31 • La situation économique et financière des cliniques privées	162
Fiche 32 • La situation économique et financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif.....	168
Fiche 33 • La situation économique et financière des hôpitaux publics.....	173

Annexes

179

Annexe 1 • Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé	180
Annexe 2 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé.....	194
Annexe 3 • Glossaire.....	202



Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

Au 31 décembre 2018, le secteur hospitalier français compte 3 042 établissements de santé : 1 360 hôpitaux publics, 1 000 cliniques privées et 682 établissements privés à but non lucratif. L'augmentation du nombre de prises en charge hospitalières se poursuit dans toutes les disciplines, sous l'effet du vieillissement de la population et de la hausse du nombre de patients atteints de maladies chroniques ou de polyopathologies. Pour la deuxième année consécutive, le nombre de séjours en hospitalisation complète se replie (-1,3 %, après -0,8 % en 2017). Alternatives à cette forme de prise en charge, les hospitalisations partielles (sans nuitée) continuent de progresser, tout comme les séances. Le recours aux urgences poursuit également sa hausse, à un rythme stable depuis deux décennies (3,4 % par an).

La baisse régulière du nombre d'établissements de santé est plus marquée pour les hôpitaux publics

Au 31 décembre 2018, le secteur hospitalier français est constitué de 3 042 structures¹ disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (donc sans nuitée, comptées en places). Ces structures hospitalières peuvent être de nature et de taille très différentes.

Parmi les 1 360 entités géographiques du secteur public, quatre types d'établissements coexistent : 178 centres hospitaliers régionaux (CHR) ; 947 centres hospitaliers (CH, y compris les ex-hôpitaux locaux) ; 95 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ; enfin, 140 autres établissements publics, correspondant majoritairement à des unités de soins de longue durée (USLD).

Parmi les structures hospitalières privées, 1 000 cliniques privées à but lucratif cohabitent avec 682 établissements privés à but non lucratif, dont 22 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Entre 2013 et 2018, le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé est passé de 3 125 fin 2013² à 3 042 fin 2018 (-2,7 %), sous l'effet des réorganisations et restructurations. Cette évolution est

plus marquée pour les hôpitaux publics : leur nombre est passé de 1 420 entités géographiques fin 2013 à 1 360 fin 2018 (-4,2 %). Cette diminution a concerné principalement les USLD, ainsi que d'anciens hôpitaux locaux.

Le nombre d'entités géographiques de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a également reculé depuis 2013, mais de manière plus limitée (-20 entités géographiques en cinq ans, soit -2,0 %) : si le nombre d'établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires a baissé de façon importante (-42 entités), le nombre de cliniques privées de soins de suite et de réadaptation (SSR) a progressé (+13 entités).

Le nombre d'établissements privés à but non lucratif est resté quasiment stable depuis 2013, passant de 685 entités à 682 durant la même période (-0,4 %).

Le nombre de lits d'hospitalisation complète continue de se replier

Depuis plus d'une décennie, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein (lits) s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée), avec des disparités

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

2. Le nombre d'entités indiqué pour l'année 2013 dans l'édition 2019 de cet ouvrage a été révisé à la baisse, du fait d'une révision méthodologique (voir fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé »).



départementales globalement stables ces cinq dernières années. En 2018, les établissements de santé comptent 396 000 lits d'hospitalisation à temps complet, soit 73 000 lits de moins qu'en 2003.

En court séjour (MCO), ces évolutions ont été rendues possibles par des innovations en matière de technologies médicales et de traitements médicamenteux (notamment en anesthésie), qui permettent d'effectuer en toute sécurité un nombre croissant d'interventions en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation avec nuitées. Ce mouvement, qualifié de « virage ambulatoire », traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

La fermeture de ces lits de court séjour s'est effectuée à un rythme assez régulier (-33 000 lits en 15 ans, 204 000 lits en 2018), mais ce sont surtout les capacités d'accueil des unités de soins de longue durée (USLD) qui ont fortement diminué, passant de 80 000 lits en 2003 à 31 000 en 2018, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

En psychiatrie, les alternatives à l'hospitalisation sont beaucoup plus anciennes : elles ont été développées dès les années 1970. Le nombre total de lits s'est stabilisé à compter de 2007 autour de 57 000, mais il a diminué de nouveau ces dernières années (-1 900 lits entre 2016 et 2018, 55 000 lits en 2018). En revanche, les capacités d'accueil en moyen séjour (SSR) ont progressé : le nombre de lits est passé de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2018.

Les capacités d'hospitalisation partielle continuent de progresser, à un rythme plus modéré en MCO

En contrepartie, les capacités en hospitalisation partielle se sont développées pour atteindre un total de 77 000 places en 2018, contre 49 000 en 2003. Le nombre de places progresse toutefois plus lentement depuis 2013 (+5 500 en cinq ans). C'est notamment le cas en MCO, qui rassemble 33 000 places en 2018, et dont la progression de 14 000 places est concentrée entre 2003 et 2013. Depuis 2013, le nombre de places en MCO a progressé de 1 200 places, soit un rythme annuel de progression divisé par six.

Pour sa part, après avoir progressé de 3 000 places de 2003 à 2013, le nombre de places en psychiatrie se stabilise aux alentours de 29 600 places ces dernières années. En SSR, en revanche, les capacités d'accueil en hospitalisation partielle poursuivent leur progression, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle. Elles ont ainsi quasiment triplé depuis 2003 (+9 000 places, pour atteindre 14 000 places).

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

Le nombre total de journées d'hospitalisation recule pour la deuxième année consécutive

En 2018, le secteur hospitalier a pris en charge 11,8 millions de séjours en hospitalisation complète et 17,1 millions de journées en hospitalisation partielle (sans nuitée) [graphique 1]. Au total, ce sont 124,6 millions de journées d'hospitalisation (hors soins de longue durée) qui ont été enregistrées en 2018, tous secteurs confondus.

L'augmentation du nombre de prises en charge se poursuit, sous l'effet du vieillissement de la population. Elle est tirée par l'hospitalisation partielle, qui poursuit sa progression dynamique (+4,1 % cumulés sur 2017 et 2018), notamment en court et moyen séjour, où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. En revanche, après une relative stabilité au début des années 2010, le nombre de séjours d'hospitalisation complète (avec nuitée) connaît un recul sensible depuis deux ans (-2,1 % en 2 ans). Conjointement, la durée moyenne de séjour continue de diminuer en MCO et en psychiatrie, mais elle augmente en SSR. Au total, le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue de 1,8 % en 2 ans. Plus précisément, il diminue significativement pour le MCO et la psychiatrie, tandis qu'il augmente légèrement pour le SSR.

Si l'on additionne la hausse de l'activité en hospitalisation partielle et le recul de celle en hospitalisation

complète, le nombre total de journées d'hospitalisation (hors soins de longue durée) diminue de 1,0 % en 2 ans.

La répartition des séjours par grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. L'activité de MCO concerne 86 % des prises en charge en hospitalisation complète, celle de SSR 9 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée représentent désormais une part négligeable de l'activité. En hospitalisation partielle, les soins de MCO représentent 46 % des journées, ceux de SSR 25 % et ceux de psychiatrie 28 %. Dans ce dernier secteur, plus de 21 millions d'actes ont été réalisés en ambulatoire en 2018, notamment dans les 4 900 unités de consultation et centres médico-psychologiques (CMP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire.

Les alternatives à l'hospitalisation classique continuent de se développer

À ces prises en charge s'ajoutent 13,8 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, en augmentation de 2,9 % par rapport à 2017 et de

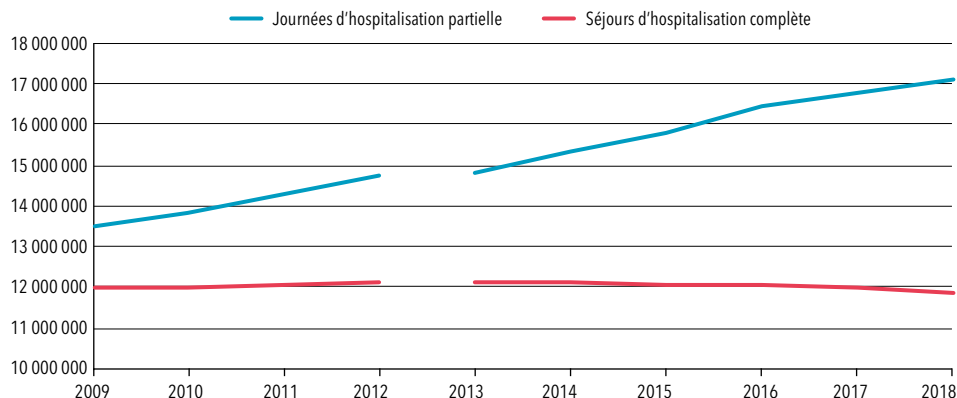
16,4 % entre 2013 et 2018. La grande majorité de ces séances sont réalisées en ambulatoire (2,8 millions de séances de chimiothérapie ambulatoire, 7,1 millions de séances de dialyse et 4,0 millions de séances de radiothérapie).

Parmi les alternatives à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) continue de se développer, à un rythme toutefois ralenti par rapport à celui observé à la fin des années 2000. En 2018, 213 800 séjours en HAD ont été réalisés pour 5,6 millions de journées (soit 5,9 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour). Les 296 établissements d'HAD recensés en France sont désormais en mesure de prendre en charge simultanément 18 000 patients.

Les taux d'occupation des lits d'hospitalisation sont stables depuis 2013

En 2018, le taux d'occupation des lits est de 82,9 %. C'est en MCO qu'il est le plus faible (77,6 % en 2018) et en soins de longue durée qu'il est le plus élevé (94,7 %). Le taux d'occupation s'établit à 88,6 % pour la psychiatrie et à 86,2 % pour le SSR. Ces différences

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



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

Note > La rupture de série entre 2012 et 2013 est due à un changement de source pour le SSR et à la refonte de la SAE pour la psychiatrie.

Champ > Hospitalisations en MCO, SSR et psychiatrie en France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2009-2018, ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.



sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour entre les disciplines³. Entre 2013 et 2018, les taux d'occupation sont restés globalement stables dans toutes les disciplines.

Le taux d'occupation des lits n'est pas identique pour tous les statuts juridiques d'établissement. En SSR et en psychiatrie, il est nettement plus élevé dans les établissements privés à but lucratif que dans le secteur public ou privé à but non lucratif. À l'inverse, en MCO, le taux d'occupation des lits des cliniques privées est inférieur de plus de 20 points à celui des hôpitaux publics.

Les établissements publics assurent les prises en charge les plus complexes

Les soins de longue durée et la psychiatrie sont essentiellement pris en charge par les établissements publics, notamment pour l'activité de psychiatrie à temps partiel. En MCO, les soins en hospitalisation complète relèvent principalement des hôpitaux publics eux aussi, mais 50 % des séjours d'hospitalisation partielle sont réalisés dans le secteur privé à but lucratif. L'activité de SSR est répartie de manière plus équilibrée entre les différents types d'établissement. Enfin, l'activité d'HAD est dominée par le secteur privé à but non lucratif (57 % des séjours).

Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans le secteur public, tandis que les cliniques privées réalisent la moitié de leur activité en chirurgie. Les établissements privés à but non lucratif occupent une position intermédiaire. Leur activité de médecine est proportionnellement plus faible que dans le public, mais plus forte que dans le privé à but lucratif, et leur activité de chirurgie est concentrée sur la chirurgie du cancer, notamment dans les CLCC. Malgré la prédominance du secteur privé à but lucratif dans l'activité chirurgicale, moins de la moitié des 7 400 salles d'intervention chirurgicale existant en France en 2018 se situent dans des cliniques privées. Ces dernières pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics, notamment parce que plus de la moitié de leur activité chirurgicale est réalisée en ambulatoire,

ce qui suppose une hospitalisation de moins d'un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés.

Tandis que les cliniques privées réalisent 63 % de la chirurgie ambulatoire (chirurgie de la cataracte, arthroscopie, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes, dont la durée de réalisation est plus longue. Le secteur public dispose aussi plus souvent de salles chirurgicales dédiées à l'urgence, ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il prend d'ailleurs en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence. La répartition des capacités entre le public et le privé est par ailleurs très variable selon les régions.

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

En 2018, les 709 structures des urgences françaises ont pris en charge 21,8 millions de passages (21,1 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [SSA]), soit 2,0 % de plus qu'en 2017. Cette progression prolonge la tendance observée depuis vingt ans. En 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait en effet à 10,1 millions pour la France métropolitaine (hors SSA). Il a augmenté ensuite, régulièrement, de 3,4 % par an en moyenne.

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 30 800 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (27 300 passages en moyenne par an, contre 31 300). 19 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (considéré dans sa globalité), part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 18 % des unités d'urgences prennent en charge moins de 15 000 passages par an et 59 % d'entre elles, moins de 30 000. À l'opposé, 25 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 47 % de l'ensemble des passages.

3. En MCO, les séjours d'hospitalisation programmée se déroulent en semaine, ce qui limite de fait le nombre de journées d'hospitalisation le samedi et le dimanche.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 101 services d'aide médicale urgente (Samu) et 387 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Dans certains territoires, en particulier lorsque le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du Samu (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale.

Les parcours de soins sont constitués en majorité d'un épisode unique

En 2018, 12,8 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour 71 % d'entre eux, l'hospitalisation constitue un épisode unique au cours de l'année, pouvant correspondre à un seul séjour ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour (MCO), puis en moyen séjour (SSR) pour de la rééducation. Les 3,7 millions d'autres patients ont connu plusieurs épisodes de soins distincts en 2018.

Par ailleurs, les parcours de soins par champs sanitaires indiquent que la prise en charge s'est effectuée exclusivement en court séjour pour 88,6 % des patients, exclusivement en moyen séjour pour 1,2 %, exclusivement en HAD pour 0,1 % et exclusivement en psychiatrie pour 1,9 % d'entre eux. Un million de patients (8,2 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires en 2018.

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

Au 31 décembre 2018, 491 maternités sont recensées en France métropolitaine et dans les DROM (502 en 2017) : 194 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 142 de type 2a (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie), 88 de type 2b (possédant les 2 types de services précédents et un service de soins intensifs néonataux) et 67 de type 3 (possédant

les 3 types de services précédents plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 15 400 lits d'obstétrique au 31 décembre 2018 et ont réalisé 742 000 accouchements⁴.

Les maternités de types 2a, 2b ou 3 sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (70 % des maternités de type 2a, 92 % des maternités de type 2b et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 75 % des lits et 80 % des accouchements, contre 43 % en 1996. Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2018, contre la moitié en 2002.

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

En 2018, 224 300 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France : 168 500 ont été pratiquées dans un établissement de santé, dont 87 % à l'hôpital public. 5 300 IVG ont été réalisées en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale, où elles sont autorisées depuis mai 2009, et 50 500 sont des IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 15,5 en 2018. Il s'établit à 15,0 en métropole et varie du simple au double d'un département métropolitain à l'autre : de moins de 10 dans les départements des Ardennes, de la Mayenne ou du Maine-et-Loire à plus de 20 dans le Sud-Est et en Île-de-France. Dans les DROM, les taux de recours restent largement supérieurs à ceux observés en métropole. Ils s'élèvent à 22 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion, 25 à Mayotte, 28 à la Martinique, 35 en Guyane et 39 en Guadeloupe, soit une moyenne de 28 pour les cinq DROM.

Les hôpitaux publics concentrent 73 % des emplois hospitaliers

Fin 2018, 1,3 million d'emplois hospitaliers⁵, salariés ou non, sont dénombrés dans les établissements de santé (*tableau 1*), dont 73 % relèvent des hôpitaux publics. Le reste de ces emplois se répartit entre les

4. Non compris les accouchements hors établissements et transférés en service d'obstétrique (environ 4 000 en 2018).

5. Il s'agit ici du nombre d'emplois rémunérés au 31 décembre 2018 par les établissements de santé, hors élèves encore en formation, et non d'effectifs en personnes physiques : des doubles comptes existent pour les personnels rémunérés par plusieurs établissements.



cliniques privées (15 %) et les établissements de santé privés à but non lucratif (12 %).

Le nombre d'emplois médicaux (y compris internes, faisant fonction d'internes [FFI] et sages-femmes) de l'ensemble des établissements de santé s'établit fin 2018 à 210 000, soit 16 % de l'ensemble des emplois hospitaliers. Ils se répartissent en 117 000 médecins salariés, 42 000 praticiens libéraux, 35 000 internes et assimilés et 17 000 sages-femmes. 69 % de ces emplois sont concentrés dans les hôpitaux publics. Les personnels non médicaux comptent pour 1,1 million d'emplois, soit 84 % de l'ensemble des emplois hospitaliers. Ces effectifs comprennent notamment 764 000 emplois de personnels soignants (dont 344 000 infirmiers et 245 000 aides-soignants) et 148 000 emplois de personnels administratifs. 72 % des emplois de personnels soignants

et 76 % des emplois administratifs relèvent des hôpitaux publics, le reste se répartissant à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées.

Le secteur hospitalier représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux

Avec 94,5 milliards d'euros de dépenses en 2018, financées à 91,7 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier⁶ représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (46,4 %) et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 73,0 milliards d'euros pour le secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif⁷)

Tableau 1 Les emplois médicaux dans les établissements de santé au 31 décembre 2018

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Emplois¹ médicaux	144 374	22 591	43 504	210 469
Médecins, odontologistes et pharmaciens, dont :				
salariés	99 193	19 006	40 585	158 784
libéraux	97 223	14 305	5 321	116 849
Internes et faisant fonction d'internes (FFI)	1 970	4 701	35 264	41 935
Sages-femmes	32 284	2 327	272	34 883
	12 897	1 258	2 647	16 802
Emplois¹ non médicaux, dont :	814 440	141 816	150 658	1 106 914
personnels soignants ²	553 028	96 217	114 371	763 616
personnels non soignants ³	261 412	45 599	36 287	343 298
Total des emplois¹	958 814	164 407	194 162	1 317 383

1. Emplois rémunérés au 31 décembre 2018 dans les établissements de santé, hors élèves encore en formation. La SAE peut enregistrer des doubles comptes pour les personnels rémunérés par plusieurs établissements : ce concept d'emploi est donc différent de celui des effectifs en personnes physiques.

2. Infirmiers, aide-soignants, psychologues, rééducateurs, agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux.

3. Personnels administratifs, éducatifs et sociaux, médico-techniques et techniques.

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

6. Dans les comptes de la santé, les soins de longue durée ne font pas partie des dépenses hospitalières.

7. Pour l'analyse des comptes de la santé, une nomenclature différente est utilisée : les établissements privés à but non lucratif sont regroupés avec les établissements publics (voir fiche 30, « La part des établissements de santé dans la consommation de soins »). C'est également le cas dans la fiche 29, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux ». Dans tout le reste de l'ouvrage, ils sont considérés comme relevant du secteur privé.

et à 21,5 milliards pour le secteur privé hospitalier (qui comprend principalement les cliniques privées à but lucratif).

La meilleure rentabilité des établissements privés favorise leur désendettement

En 2018, la rentabilité⁸ des cliniques privées s'établit à 2,7 % du chiffre d'affaires, en baisse de 1 point par rapport au niveau de 2016, qui marquait le plus haut niveau atteint depuis 2006. Le taux d'endettement des cliniques privées continue de diminuer en 2018, pour atteindre un niveau historiquement bas de 30,7 % des capitaux permanents. L'effort d'investissement, pour sa part, baisse pour la première fois depuis 2013, pour atteindre 4,2 % du chiffre d'affaires (4,8 % en 2017).

Du côté des établissements de santé privés d'intérêt collectif⁹ (Espic), anciennement sous dotation globale, les comptes financiers restent excédentaires, malgré une légère dégradation par rapport à 2017. Leur excédent s'établit à 26 millions d'euros, soit 0,2 % des produits bruts d'exploitation, après 0,4 % en 2017. La proportion d'Espic déficitaires augmente en 2018 (36 %, après 31 % en 2017), et ce pour toutes les catégories d'établissements, y compris pour les établissements de MCO et les CLCC, dont la situation s'est pourtant globalement améliorée. La situation excédentaire des Espic favorise la poursuite de leur désendettement (de 47 % des ressources stables en 2012 à 42,5 % en 2018). Parallèlement, leur effort d'investissement, encore en baisse en 2017, qui constituait un point bas (5,3 % des produits bruts

d'exploitation), repart à la hausse en 2018 pour atteindre 5,6 %, un niveau proche de celui de 2016.

Le déficit des hôpitaux publics reste important, mais diminue en 2018

En 2018, la situation financière des hôpitaux publics s'améliore mais reste déficitaire : le résultat net est déficitaire de 569 millions d'euros (contre -740 millions en 2017). Leur rentabilité nette suit la même tendance et s'établit à -0,7 % des recettes, après -0,9 % en 2017 (son plus bas niveau depuis 2002). Cette situation durablement déficitaire se traduit par un recul continu de l'effort d'investissement, qui atteint 4,6 % des recettes en 2018 (5,0 % en 2017, 10,1 % à son sommet en 2009¹⁰).

La diminution continue de l'effort d'investissement favorise la modération de l'encours de la dette des hôpitaux publics, qui se stabilise à 29,5 milliards d'euros en 2018 (29,7 milliards d'euros en 2017). Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette des hôpitaux publics a atteint un point haut en 2013 (39,9 %) et recule depuis lentement mais régulièrement, pour s'établir à 36,8 % des recettes en 2018¹¹.

Mais le déficit récurrent des hôpitaux publics engendre des opérations comptables sur le poste « report à nouveau déficitaire », qui viennent réduire les capitaux propres. De ce fait, le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), ne recule pas et reste quasi stable à 51,7 % en 2018 (51,6 % en 2017). ■

8. La rentabilité nette des cliniques privées rapporte ici leur résultat net à leur chiffre d'affaires.

9. Les données disponibles ne permettent pas de couvrir l'intégralité des établissements privés à but non lucratif, mais uniquement les Espic. 75 % des entités géographiques du secteur privé non lucratif sont des Espic, dont notamment tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

10. Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, l'effort d'investissement présenté était rapporté au chiffre d'affaires et non aux recettes.

11. Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, l'encours de la dette était rapporté au chiffre d'affaires et non aux recettes.

the 1990s, the number of people in the UK who are employed in the public sector has increased by 1.5 million, from 2.5 million in 1980 to 4 million in 1998 (Department of Health 1999). The number of people in the public sector who are employed in health care has increased by 1.2 million, from 1.3 million in 1980 to 2.5 million in 1998 (Department of Health 1999).

There is a growing emphasis on the need to improve the quality of health care, and this has led to a number of initiatives to improve the quality of health care. The Department of Health has set up a number of committees to monitor the quality of health care, and to make recommendations on how to improve it. The National Patient Safety Agency (NPSA) was set up in 1999 to monitor and improve the safety of health care. The Health Foundation was set up in 1999 to fund research into the quality of health care. The Health Service Research Unit (HSRU) was set up in 1999 to fund research into the quality of health care.

The Department of Health has also set up a number of initiatives to improve the quality of health care. The National Clinical Audit (NCA) was set up in 1999 to monitor and improve the quality of health care. The National Patient Safety Agency (NPSA) was set up in 1999 to monitor and improve the safety of health care. The Health Foundation was set up in 1999 to fund research into the quality of health care. The Health Service Research Unit (HSRU) was set up in 1999 to fund research into the quality of health care.

The Department of Health has also set up a number of initiatives to improve the quality of health care. The National Clinical Audit (NCA) was set up in 1999 to monitor and improve the quality of health care. The National Patient Safety Agency (NPSA) was set up in 1999 to monitor and improve the safety of health care. The Health Foundation was set up in 1999 to fund research into the quality of health care. The Health Service Research Unit (HSRU) was set up in 1999 to fund research into the quality of health care.

The Department of Health has also set up a number of initiatives to improve the quality of health care. The National Clinical Audit (NCA) was set up in 1999 to monitor and improve the quality of health care. The National Patient Safety Agency (NPSA) was set up in 1999 to monitor and improve the safety of health care. The Health Foundation was set up in 1999 to fund research into the quality of health care. The Health Service Research Unit (HSRU) was set up in 1999 to fund research into the quality of health care.

The Department of Health has also set up a number of initiatives to improve the quality of health care. The National Clinical Audit (NCA) was set up in 1999 to monitor and improve the quality of health care. The National Patient Safety Agency (NPSA) was set up in 1999 to monitor and improve the safety of health care. The Health Foundation was set up in 1999 to fund research into the quality of health care. The Health Service Research Unit (HSRU) was set up in 1999 to fund research into the quality of health care.

The Department of Health has also set up a number of initiatives to improve the quality of health care. The National Clinical Audit (NCA) was set up in 1999 to monitor and improve the quality of health care. The National Patient Safety Agency (NPSA) was set up in 1999 to monitor and improve the safety of health care. The Health Foundation was set up in 1999 to fund research into the quality of health care. The Health Service Research Unit (HSRU) was set up in 1999 to fund research into the quality of health care.

The Department of Health has also set up a number of initiatives to improve the quality of health care. The National Clinical Audit (NCA) was set up in 1999 to monitor and improve the quality of health care. The National Patient Safety Agency (NPSA) was set up in 1999 to monitor and improve the safety of health care. The Health Foundation was set up in 1999 to fund research into the quality of health care. The Health Service Research Unit (HSRU) was set up in 1999 to fund research into the quality of health care.



Vue d'ensemble
Fiches thématiques ◀
Annexes

Données de cadrage

En France métropolitaine et dans les DROM, 3 042 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offrent 396 000 lits d'hospitalisation complète et 77 000 places d'hospitalisation partielle. Ces structures diffèrent par leur statut juridique, leur taille et leurs missions.

Résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. Des structures de trois types de statuts juridiques cohabitent. Elles ont des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public très différents. Les statuts des personnels qui y travaillent présentent la même hétérogénéité.

3 042 structures hospitalières offrant 396 000 lits et 77 000 places

Au 31 décembre 2018, 3 042 structures hospitalières disposent de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (comptées en places) en France métropolitaine et dans les DROM, y compris le service de santé des armées (SSA) [tableau 1]. Ces structures hospitalières peuvent être de tailles et de natures très différentes. Au total, elles offrent une capacité d'accueil de 396 000 lits et 77 000 places (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil à l'hôpital »). De plus, certains établissements autorisés dispensent des soins (comptés en séances) sans détenir de capacités d'accueil. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. En 2018, 112 entités juridiques de dialyse de ce type sont dénombrées, auxquelles sont rattachées 624 antennes.

Les structures hospitalières peuvent former des groupements de coopération sanitaire (GCS) pour mutualiser des moyens ou une partie de leur activité. Ces groupements peuvent eux-mêmes être érigés en établissements de santé (publics ou

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

Le nombre d'établissements de santé recensés en 2018 correspond au nombre d'entités géographiques pour le secteur public comme pour le secteur privé, alors que dans les éditions 2014 et antérieures, le nombre indiqué pour le secteur public correspondait au nombre d'entités juridiques. Les établissements qui ne sont pas directement interrogés par l'enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)¹ n'apparaissent pas dans ce décompte. Toutefois, leur capacité en lits ou en places ainsi que leur activité d'hospitalisation à temps partiel ou à temps complet sont comptabilisées.

Conséquence de réorganisations et de restructurations, liées aussi bien à la rationalisation de la prise en charge qu'à l'amélioration de sa qualité, le nombre d'entités de statut public ou privé à but non lucratif a diminué régulièrement entre 2013 et 2018² (-83 entités géographiques en

1. Certains établissements ne sont pas directement interrogés par la SAE. Dans ce cas, un établissement principal désigné répond pour lui-même et pour les établissements non interrogés. Voir encadré Sources et méthodes, partie Méthodologie.

2. Le nombre d'entités indiqué pour l'année 2013 dans l'édition 2019 de cet ouvrage a été révisé à la baisse, du fait d'une révision méthodologique. Voir encadré Sources et méthodes, partie Méthodologie.

cinq ans, soit -2,7 %). Cette diminution a surtout concerné les hôpitaux publics (-60 entités en cinq ans, soit -4,2 %), principalement pour des établissements de soins de longue durée ainsi que d'anciens hôpitaux locaux. Le nombre de structures de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a également reculé depuis 2013, mais de manière plus limitée

(-20 entités en cinq ans, soit -2,0 %) : si le nombre d'établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires a connu une baisse importante (-42 entités en cinq ans), le nombre de cliniques privées de SSR a progressé (+13 entités en cinq ans). Le nombre d'entités privées à but non lucratif est, quant à lui, resté quasi stable depuis 2013.

Tableau 1 Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement en 2013 et 2018

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013 ¹	2018	2013	2018	2013	2018
Secteur public	1 420	1 360	256 957	243 417	41 794	42 812
CHR/CHU	183	178	73 656	70 452	9 808	10 624
CH, hors anciens hôpitaux locaux	720	721	134 776	131 266	16 715	17 496
CH, anciens hôpitaux locaux	261	226	10 631	9 583	175	90
CH spécialisés en psychiatrie	98	95	25 904	23 199	14 648	14 164
Autres établissements publics	158	140	11 990	8 917	448	438
Secteur privé non lucratif	685	682	58 241	56 270	12 903	14 316
CLCC ²	21	22	2 887	2 772	891	718
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	156	139	19 423	18 652	2 573	2 850
Établissements de soins de SSR	368	368	25 367	25 607	4 051	4 967
Autres établissements à but non lucratif	140	153	10 564	9 239	5 388	5 781
Secteur privé à but lucratif	1 020	1 000	98 008	95 983	17 245	20 169
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	534	492	58 105	52 096	13 387	14 232
Établissements de soins de SSR	335	348	26 954	29 564	2 661	3 997
Établissements de lutte contre les maladies mentales	145	151	12 447	13 925	1 197	1 881
Autres établissements à but lucratif	6	9	502	398	0	59
Ensemble	3 125	3 042	413 206	395 670	71 942	77 297

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

1. Le calcul du nombre d'établissements pour 2013 a été révisé à la baisse par rapport à l'édition 2019 de l'ouvrage, pour adopter une méthodologie plus cohérente avec celle des années suivantes.

2. En 2018, les deux sites de l'institut Gustave-Roussy sont comptés chacun comme une entité.

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

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

Sources > DREES, SAE 2013 et 2018, traitements DREES.

Un paysage hospitalier très varié

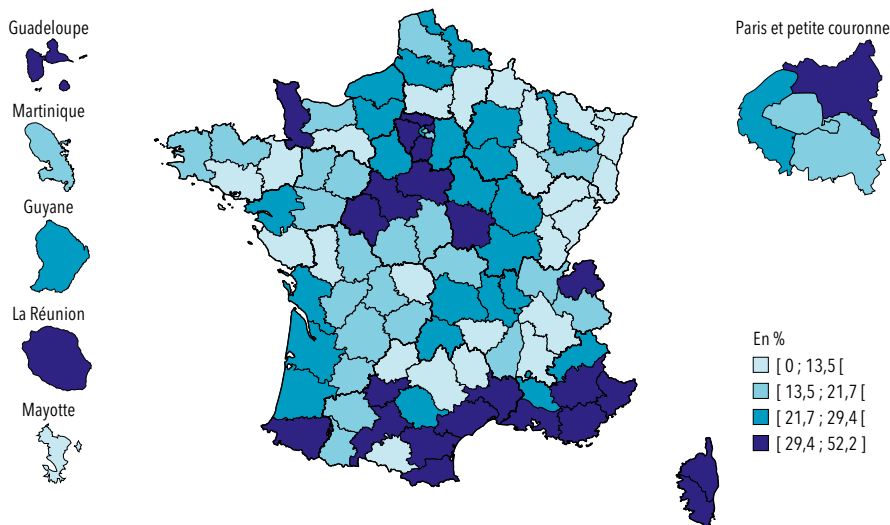
Parmi les 1 360 établissements publics, trois types d'établissements coexistent. Ils se différencient selon leurs missions : 178 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR) dispensent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; 947 centres hospitaliers (y compris les ex-hôpitaux locaux), catégories intermédiaires d'établissements, assurent la majeure partie des prises en charge de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), ainsi que la prise en charge et les soins pour les personnes âgées ; 95 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie (tableau 1). Enfin, les 140 autres établissements publics correspondent majoritairement à des établissements de soins de longue durée.

Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les établissements privés à but lucratif, au nombre de 1 000, et les établissements privés à but non lucratif. Ces derniers regroupent les 22 centres de lutte contre le cancer (CLCC) ainsi que 660 autres établissements privés à but non lucratif (voir encadré Sources et méthodes, partie Champ).

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

Au niveau national, les établissements de santé publics concentrent 61 % des lits et des places, les établissements privés à but non lucratif 15 % et les cliniques privées à but lucratif 25 %. Cette répartition s'avère cependant très inégale suivant les départements. Les cliniques privées, inexistantes en Ariège, en Aveyron, en Lozère et à Mayotte, sont minoritaires (moins de 10 % de la capacité totale) dans dix départements, dont six dans la région Grand-Est. En revanche, elles constituent 40 % ou plus de la capacité totale en lits et places dans quatre des treize départements de l'Occitanie (la Haute-Garonne, l'Hérault, les Pyrénées-Orientales et le Tarn-et-Garonne), dans les deux départements de Corse et dans les Bouches-du-Rhône (carte 1). La part du secteur privé à but non lucratif est très variable d'un département à l'autre. Si, dans nombre d'entre eux, ce secteur est peu, voire pas du tout présent, il représente à l'inverse plus de 30 % des lits et des places dans cinq départements (le Haut-Rhin, la Moselle, la Haute-Saône, la Haute-Loire et le Lot). ■

Carte 1 Part du secteur privé à but lucratif dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle en 2018



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel, y compris les hôpitaux locaux. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) se substituent de manière générale aux établissements privés à but non lucratif. Cependant, la présentation traditionnelle « établissements publics / privés à but non lucratif / privés à but lucratif » est conservée dans le reste de l'ouvrage à l'exception d'un zoom sur la situation financière des Espic (voir fiche 32, « La situation économique et financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif »). Par ailleurs, la catégorie « hôpital local » n'existe plus depuis l'entrée en vigueur en 2009 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST). Toutefois, ces établissements existent toujours sous la forme de centres hospitaliers (CH).

Source

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

Méthodologie

Le nombre d'établissements indiqué correspond au nombre d'entités géographiques ayant des lits d'hospitalisation complète ou des places d'hospitalisation partielle au 31 décembre de l'année. Il s'agit d'établissements directement interrogés par la SAE. N'apparaissent pas dans le décompte total certains établissements non interrogés directement et pour lesquels un établissement principal désigné répond. Il s'agit d'établissements de santé mentale tels que les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), les hôpitaux de jour, certaines cliniques de santé mentale ainsi que les unités de soins de longue durée (USLD). Pour l'année 2013, la méthode de décompte des entités géographiques a été révisée pour être mise en cohérence avec celle des années suivantes : dans la SAE 2013, des structures établies sur le même site étaient parfois interrogées séparément, conduisant à une surestimation du nombre de sites géographiques. Les chiffres ont donc été révisés à la baisse pour l'année 2013.

Définitions

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

- > **Entité géographique (EG)** : elle correspond en général au site de production, et éventuellement au site porteur du budget. Chaque EG dépend d'une unique entité juridique et une même entité juridique peut donner lieu à plusieurs EG, à condition que ces dernières aient des implantations géographiques ou des budgets différents.
- > **Entité juridique (EJ)** : elle correspond à la définition de l'entité institutionnelle de la comptabilité publique. Elle possède un conseil d'administration ou un conseil de surveillance, une direction, et elle est maîtresse de sa décision. Elle exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine. L'EJ peut regrouper plusieurs entités géographiques, notamment dans le secteur public. C'est le cas par exemple de l'entité juridique Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui regroupe plusieurs entités géographiques sur différents sites parfois relativement éloignés. Dans le secteur privé, l'EJ représente la société d'exploitation (particulier ou société) et reste encore très souvent rattachée à une seule entité géographique, malgré le développement de regroupements.

Pour en savoir plus

- > **Bras, P.-L., Pouvourville (de), G. et Tabuteau, D. (dir.)** (2009). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, France : Les Presses de Sciences Po / Éditions de Santé.
- > **Kervasdoué (de), J.** (2015). *L'Hôpital*. Paris, France : PUF, coll. Que sais-je ? 5^e édition.

En 2018, 396 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, y compris le service de santé des armées (SSA), soit une diminution de 73 000 lits d'hospitalisation depuis 2003. *A contrario*, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 77 000 places en 2018, soit une hausse de 28 000 places durant la même période.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 2003 et 2018, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 396 000, service de santé des armées (SSA) et établissements de Mayotte compris (*graphique 1*). Ce mouvement général résulte de la volonté de supprimer des lits excédentaires et de réorganiser l'offre. Il traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge, qui se tournent de plus en plus vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet. La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et concerne la quasi-totalité des disciplines, à l'exception des soins de suite et de réadaptation (SSR).

Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) a ainsi diminué tout au long de la période (-33 000 lits en 15 ans). Mais ce sont surtout les capacités d'accueil en long séjour qui ont subi une forte baisse, passant de 80 000 lits en 2003 à 31 000 lits en 2018, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cette baisse résulte de l'application de la circulaire de novembre 2008 relative à la partition des unités de soins de longue durée (USLD)¹. Elle a été particulièrement forte en 2009 et 2010, mais depuis 2012, le nombre de lits se maintient entre 31 000 et 32 000.

En psychiatrie, dès les années 1970, les alternatives à l'hospitalisation ont été développées.

Entre 2003 et 2018, le nombre total de lits en psychiatrie a diminué de 4 200. Après s'être stabilisé autour de 57 000 lits de 2007 à 2016, il diminue de nouveau en 2017 et 2018. Cette évolution est cependant contrastée selon le statut des établissements. En effet, durant cette période, si la capacité d'accueil en psychiatrie diminue de 7 000 lits dans les établissements publics, elle augmente de 3 800 lits dans les établissements privés à but lucratif, où elle représente 26 % de la capacité d'accueil en 2018.

De leur côté, les capacités d'accueil en moyen séjour (SSR) progressent régulièrement, le nombre de lits passant de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2018 (*graphique 1*). Cette progression a été particulièrement forte dans les établissements privés à but lucratif (+12 000 lits depuis 2003). Leurs capacités d'accueil représentent un tiers de la capacité totale en 2018.

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

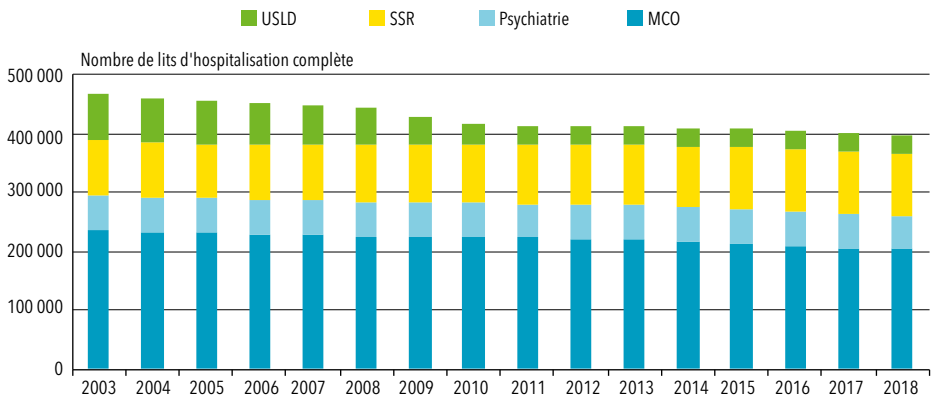
Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations technologiques médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie, ont transformé les modes de prise en charge en faveur de l'hospitalisation à temps partiel. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques,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

1. Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/2C/CNSA n° 2008/340 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006, modifiée concernant les USLD

existantes (graphique 2). Depuis 2013, le nombre de places en MCO a continué de progresser, avec un mouvement qui s'accroît un peu en 2018 (+2,2 %, après +0,7 % en 2017). En psychiatrie, le nombre de places augmente lentement mais régulièrement depuis 2003 (+3 000 places, soit une hausse moyenne proche de 1 % par an). En moyen séjour, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, la progression de l'hospitalisation à temps partiel est plus rapide : 9 000 places ont été créées en 15 ans, soit un quasi triplement des capacités d'accueil.

La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. En 2018, 40 % des places d'hospitalisation à temps partiel en MCO relèvent des cliniques privées à but lucratif. Cette proportion atteint 62 % pour la chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif regroupent 39 % des capacités d'hospitalisation à temps partiel en moyen séjour et 18 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 75 % des places en psychiatrie et 50 % des places en court séjour, avec un poids prépondérant

Graphique 1 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète depuis 2003

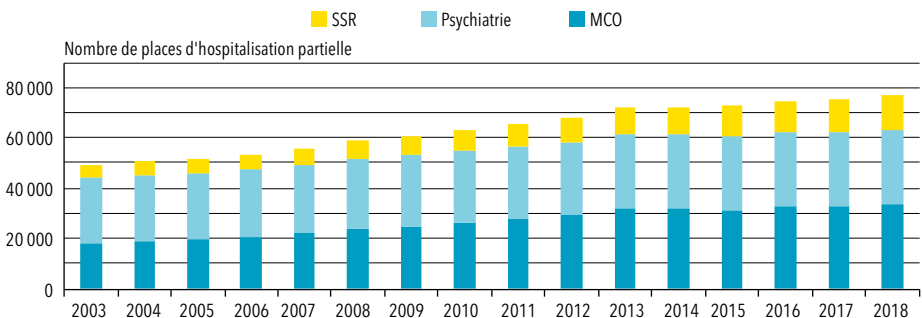


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2018, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle depuis 2003



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

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte à partir de 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2003-2018, traitements DREES.

dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique.

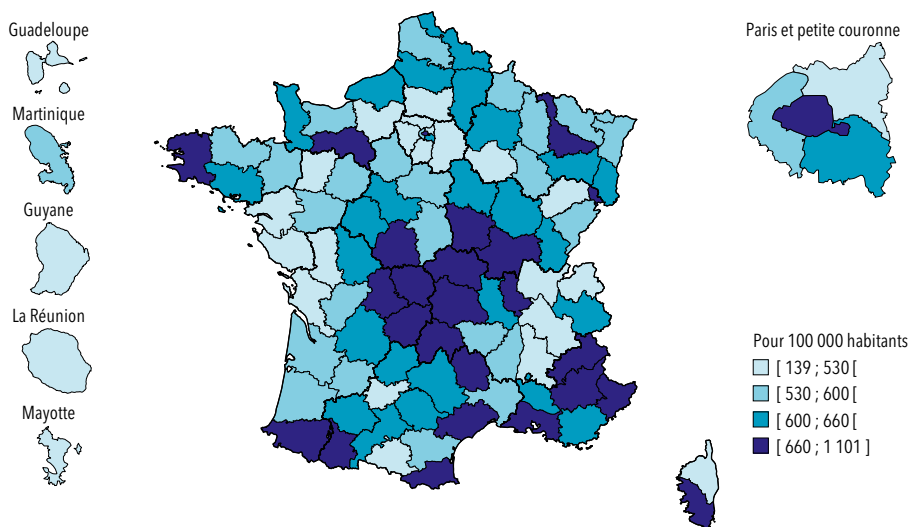
Des disparités départementales persistantes

Comme pour les années précédentes, la densité de lits et de places varie fortement selon les départements. Toutes disciplines confondues, le nombre de lits (hospitalisation complète) pour 100 000 habitants varie de 139 à Mayotte, à 950 ou plus dans le Cantal et les Hautes-Alpes (*carte 1*), cette hiérarchie n'étant pas modifiée par la prise en compte ou non des soins de longue

durée. Le nombre de places (hospitalisation partielle) pour 100 000 habitants varie de 19 à Mayotte, à 184 en Haute-Vienne et 220 à Paris (*carte 2*).

Le Limousin et l'Auvergne se distinguent par une forte densité de lits comme de places. À l'opposé, Mayotte et la Guyane sont sous-dotées pour les deux types d'accueils. L'ampleur des disparités en nombre de lits et de places entre départements diffère selon la discipline : elle est plus faible en court séjour (coefficient de variation [CV] de 23 %, hors Mayotte) qu'en psychiatrie ou en moyen séjour (CV de 28 % et de 37 %, hors Mayotte). ■

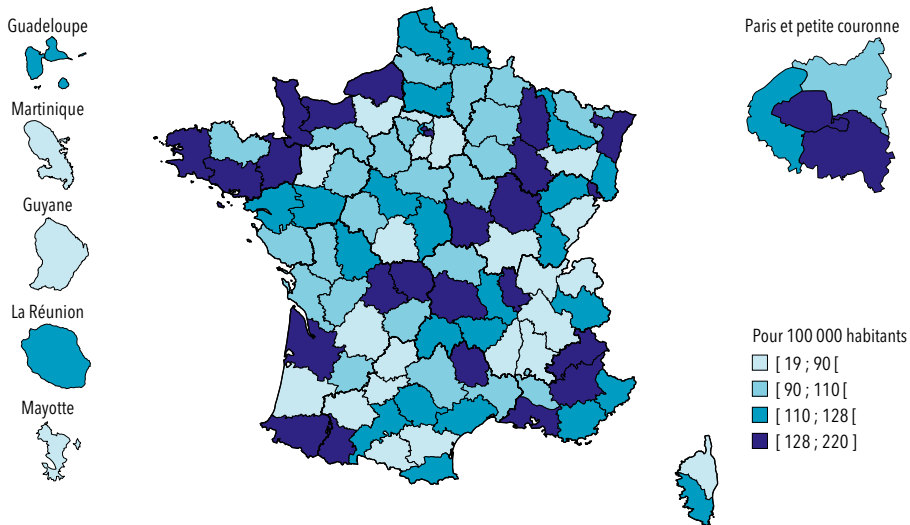
Carte 1 Densité de lits en 2018 par départements



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

Carte 2 Densité de places en 2018 par départements

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

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

Source

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

Définitions

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

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

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



> **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en nombre de places pour l'hospitalisation partielle (celui-ci correspond au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et des places installés au 31 décembre 2018, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades. Ceux fermés temporairement pour cause de travaux sont inclus. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou de places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés intégralement.

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

En France métropolitaine et dans les DROM, le secteur hospitalier a pris en charge, en 2018, 11,8 millions de séjours en hospitalisation complète et 17,1 millions de journées en hospitalisation partielle. Cette dernière continue de progresser, notamment en court et moyen séjour, où sa part est de plus en plus importante. Le nombre de journées d'hospitalisation complète continue, lui, de diminuer en 2018. Les portefeuilles d'activités des établissements de santé par modes de prise en charge et par grandes disciplines font apparaître leur spécialisation : les soins de longue durée et la psychiatrie sont, par exemple, essentiellement pris en charge par les établissements publics.

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

Au cours de l'année 2018, les établissements de santé ont pris en charge 11,8 millions de séjours en hospitalisation à temps complet et 17,1 millions de journées en hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuitée) [tableau 1]. Selon le mode de prise en charge, la répartition entre les grandes disciplines médicales varie fortement. En hospitalisation à temps complet, 86 % des séjours¹ concernent la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), 9 % les soins de suite et de réadaptation (SSR) et 5 % la psychiatrie. En hospitalisation à temps partiel, 28 % des journées relèvent de la psychiatrie, secteur où les alternatives à l'hospitalisation ont été développées dès les années 1970. Les soins de courte durée représentent, pour leur part, 46 % des journées et le moyen séjour 25 %.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours en hospitalisation complète diminue. Après une relative stabilisation au début des années 2010, due notamment au vieillissement de la population, ce mouvement a repris depuis 2017. Dans le même temps, les prises en charge à temps partiel se sont développées, avec toutefois des disparités selon le statut juridique des établissements de santé et la discipline.

En 2018, l'hospitalisation partielle augmente ainsi de 2,0 %, les cliniques privées à but lucratif contribuant pour plus de 80 % à cette progression. Dans les établissements publics, l'activité partielle continue de reculer légèrement. La hausse de l'activité partielle atteint 5,4 % en moyen séjour (SSR) et 2,8 % en court séjour (MCO). En revanche, le nombre de journées d'hospitalisation partielle diminue à nouveau en psychiatrie (-2,0 %, après -1,3 % en 2017), tiré par une baisse marquée dans les établissements publics.

Diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

Le nombre de journées d'hospitalisation complète continue de diminuer en 2018 (-1,0 %, après -0,8 % en 2017). C'est en MCO que cette diminution est la plus marquée (-1,2 %), en particulier dans les cliniques privées (-3,3 %). En psychiatrie, elle est de -0,9 % en 2018, mais avec des situations contrastées suivant le type d'établissement : le nombre de journées recule de 2,2 % dans les hôpitaux publics, tandis qu'il progresse de 2,3 % dans les cliniques privées. En SSR, après des années de progression (+1,1 % en 2017), le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue de 0,6 % en 2018, avec toutefois une légère progression dans les cliniques privées (+0,4 %).

1. Hors séjours de soins de longue durée.

L'activité de soins de longue durée (SLD), mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre de séjours, continue de reculer en 2018 (-1,3 %, après -0,5 %, en 2017), et s'élève à 10,7 millions de journées d'hospitalisation complète. Après une augmentation jusqu'en 2001, l'activité dans cette discipline baisse depuis 15 ans, en raison de la transformation d'un grand nombre d'unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Stabilité des taux d'occupation des lits d'hospitalisation entre 2013 et 2018

En 2018, le taux d'occupation des lits est de 82,9 % (graphique 1). C'est en MCO qu'il est le plus faible (77,6 %), et en soins de longue durée qu'il est le plus élevé (94,7 %). Le taux d'occupation s'établit à 88,6 % pour la psychiatrie et à 86,2 % pour le SSR. Ces différences sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour entre les disciplines². Depuis 2013, les taux d'occupation sont restés globalement stables dans toutes les disciplines.

Tableau 1 Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2018

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2018	Évolution 2017-2018 (en %)	2018	Évolution 2017-2018 (en %)	2018	Évolution 2017-2018 (en %)	2018	Évolution 2017-2018 (en %)
Journées en hospitalisation partielle	7 648 759	-0,1	3 211 170	1,4	6 280 466	5,0	17 140 395	2,0
MCO	3 258 968	2,2	707 499	5,1	3 944 395	2,9	7 910 862	2,8
Psychiatrie ¹	3 358 830	-3,3	931 470	-1,8	588 915	5,7	4 879 215	-2,0
SSR	1 030 961	3,9	1 572 201	1,7	1 747 156	9,9	4 350 318	5,4
Séjours en hospitalisation complète²	7 822 864	-0,9	1 190 594	-0,8	2 833 232	-2,5	11 846 690	-1,3
MCO	6 983 192	-0,8	841 076	-0,5	2 352 311	-2,8	10 176 579	-1,2
Psychiatrie	418 951	-1,5	68 915	-3,0	127 499	0,8	615 365	-1,2
SSR ³	420 721	-2,7	280 603	-1,3	353 422	-1,5	1 054 746	-1,9
Journées en hospitalisation complète	75 294 655	-1,2	16 140 927	-0,6	26 743 769	-0,7	118 179 351	-1,0
MCO	41 770 286	-0,8	4 587 329	-0,5	9 946 247	-3,3	56 303 862	-1,2
Psychiatrie	10 797 809	-2,2	2 160 802	-1,3	4 948 480	2,3	17 907 091	-0,9
SSR ³	13 092 800	-1,3	8 494 449	-0,7	11 639 197	0,4	33 226 446	-0,6
SLD	9 633 760	-1,6	898 347	1,0	209 845	-1,2	10 741 952	-1,3

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

1. Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée où une demi-journée compte pour 0,5.

2. Non compris les séjours de soins de longue durée.

3. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

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

Sources > ATI, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2017-2018, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2017-2018, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

2. En MCO, les séjours d'hospitalisation programmée se déroulent en semaine, ce qui limite de fait le nombre de journées d'hospitalisation le samedi et le dimanche.

Étudié selon le statut juridique des établissements, le taux d'occupation des lits en SSR et en psychiatrie est nettement plus élevé dans les établissements privés à but lucratif que dans le secteur public ou privé à but non lucratif. À l'inverse, en MCO, le taux d'occupation des lits des cliniques privées est inférieur de plus de 20 points à celui des hôpitaux publics.

Peu de disparités du nombre d'hospitalisations par habitant entre départements métropolitains

En MCO, le nombre de séjours en hospitalisation complète rapporté à la population s'élève à 12,3 % dans les DROM et à 15,2 % en métropole (carte 1). Les taux métropolitains les plus bas se situent dans l'Ouest (13 % en Ille-et-Vilaine et en Loire-Atlantique) et dans les départements d'Île-de-France, à l'exception de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne. Ils atteignent 20 % ou plus dans la Creuse, l'Orne, le Cantal, la Haute-Marne, la Meuse et la Nièvre. Dans ces départements ruraux, l'éloignement des établissements de santé ne favorise pas la prise en charge de certaines interventions en ambulatoire. De plus, la proportion d'habitants âgés de 60 ans ou plus y dépasse 28 %. Or c'est surtout après 65 ans que le taux d'hospitalisation complète en

MCO augmente fortement (voir fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle »).

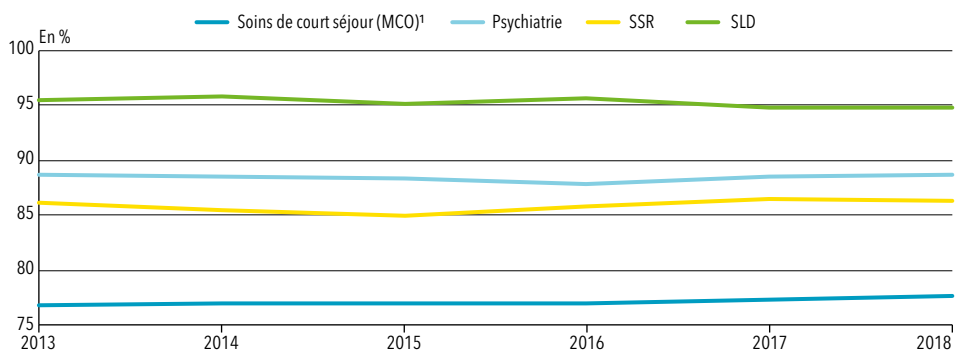
Spécialisation des activités selon le statut des établissements

La structure des activités des établissements de santé, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge, varie sensiblement selon leur statut juridique (graphique 2). Les soins de courte durée (MCO) en hospitalisation complète sont majoritairement effectués par les hôpitaux publics (69 % des séjours), tandis que les cliniques privées réalisent 50 % des séjours d'hospitalisation partielle en MCO.

Les établissements publics accueillent la majeure partie des séjours psychiatriques, à temps partiel (69 %) comme à temps complet (68 %). En complément, 21 % des séjours à temps complet en psychiatrie sont réalisés dans les cliniques privées à but lucratif, tandis que 19 % des séjours à temps partiel relèvent du secteur privé à but non lucratif.

L'activité de soins de moyen séjour (SSR) est répartie de façon plus équilibrée entre les différents types d'établissements : 36 % de journées d'hospitalisation à temps partiel s'effectuent dans les établissements privés à but non lucratif et 40 % dans les cliniques privées.

Graphique 1 Évolution du taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète, depuis 2013



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SLD : soins de longue durée ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
1. Le taux d'occupation en MCO est calculé avec le nombre de journées-lits exploitables. Pour les autres disciplines, le taux est calculé avec la capacité en lits au 31 décembre multipliée par 365.

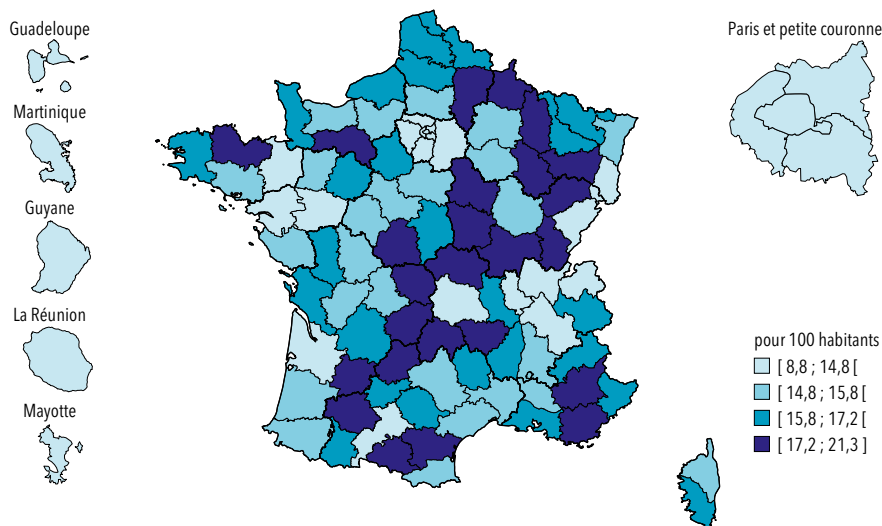
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2013 à 2018, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2013 à 2018, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation sont confirmées et amplifiées par l'analyse de la répartition des

activités par pathologies ou par actes médicaux (voir fiches 12 à 14, « La spécialisation en médecine », « La spécialisation en chirurgie », « La spécialisation en obstétrique »). ■

Carte 1 Nombre de séjours de MCO en hospitalisation complète en 2018



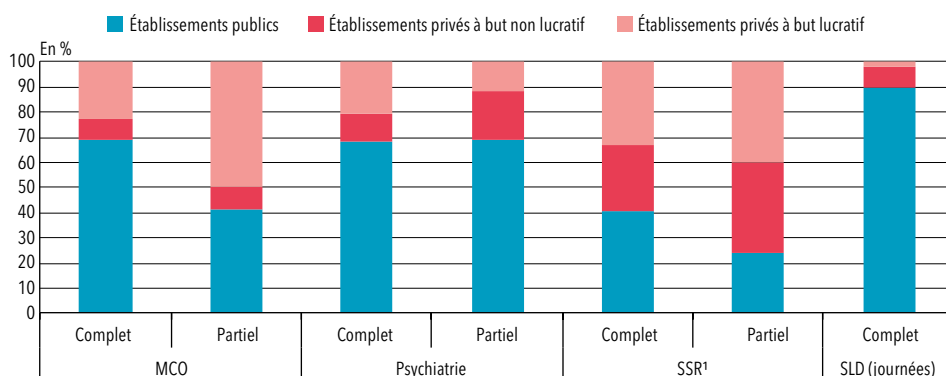
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

Graphique 2 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle en 2018



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

1. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Note > On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel.

Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2018, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2018, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2018, en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors séances, y compris le service de santé des armées (SSA). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (0,3 % des séjours).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description microéconomique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

Définitions

> **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle** : en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en hospitalisation de moins d'un jour, également appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée supérieure à un jour est classé en hospitalisation de plus d'un jour, encore appelée hospitalisation complète. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation (hospitalisation complète ou partielle).

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

En 2018, les établissements de santé ont réalisé 17,1 millions de journées en hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en psychiatrie et en moyen séjour, pour un total d'environ 77 000 places. À ces prises en charge, il faut ajouter 13,8 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, ainsi que 5,6 millions de journées d'hospitalisation à domicile. Près de 250 000 patients bénéficient également de consultations mémoire dans les 548 entités réparties sur le territoire. Les 266 structures de traitement de la douleur chronique ont reçu en consultation un nombre équivalent de patients.

Les alternatives à l'hospitalisation complète continuent de se développer

La fermeture de lits d'hospitalisation complète traduit, avec un léger décalage dans le temps, la transformation des modes de prise en charge intervenue progressivement depuis la seconde moitié des années 1980, en France comme à l'étranger. Cette transformation a été rendue possible par des innovations de technologies médicales et médicamenteuses (notamment en anesthésie). Grâce à elles, le nombre de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) effectuées en toute sécurité en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation a progressivement augmenté. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 consacre cette évolution en prévoyant explicitement la création de structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète. Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, et par les structures pratiquant l'anesthésie, la chirurgie ou la médecine ambulatoires (voir fiche 03, « L'activité en hospitalisation complète et partielle »).

En 2018, 46 % des journées d'hospitalisation partielle sont réalisées en court séjour (dont plus de la moitié en médecine), 28 % en psychiatrie et 25 % en soins de suite et de réadaptation (SSR) [tableau 1]. L'hospitalisation partielle continue de progresser en court séjour (+2,8 % en 2018, après +2,3 % en 2017) et en SSR (+5,4 % en 2018, après +5,6 % en 2017). Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD)

assurent également des prises en charge intermédiaires entre l'établissement de santé et la médecine de ville (voir fiches 17 et 18, « Les structures d'hospitalisation à domicile » et « Les patients hospitalisés à domicile »).

La hausse des traitements ambulatoires se poursuit avec 13,8 millions de séances

En France métropolitaine et dans les DROM, des traitements et des cures ambulatoires sont également comptabilisés, en particulier 7,1 millions de séances de dialyse, 4,0 millions de séances de radiothérapie et 2,8 millions de séances de chimiothérapie (tableau 2). Comme le nombre de journées en hospitalisation partielle, celui des séances progresse régulièrement depuis plusieurs années. En 2018, le nombre total de séances augmente ainsi de 2,9 %.

La grande majorité des séances de radiothérapie sont réalisées en ambulatoire (99 %), principalement dans les cliniques privées. Le secteur public, de son côté, prend en charge 53 % des séances de chimiothérapie. Les 22 centres de lutte contre le cancer (CLCC) prennent en charge, relativement à leur nombre, une grande partie de l'activité de radiothérapie et de chimiothérapie. Ces établissements ont pratiqué 14 % des séances de chimiothérapie et 22 % de celles de radiothérapie. Enfin, environ 520 000 personnes ont été transfusées (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, 2019). Les autres traitements et cures ambulatoires sont notamment réalisés

par du personnel non médical. Ils concernent essentiellement les prises en charge en psychiatrie (psychologues, infirmiers, etc.) et en réadaptation fonctionnelle (kinésithérapeutes, etc.).

Le nombre de patients pris en charge par les consultations mémoire diminue

À la suite du plan Alzheimer 2008-2012, 548 entités déclarent disposer, en 2018, d'une consultation

Tableau 1 Activité et capacités d'accueil pour les alternatives à l'hospitalisation complète en 2018

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Journées en milliers	Places	Journées en milliers	Places	Journées en milliers	Places	Journées en milliers	Places
Hospitalisation partielle en MCO, dont :								
médecine	2 184	10 293	413	1 490	1 942	1 515	4 539	13 298
chirurgie	860	5 446	283	1 800	1 965	11 591	3 108	18 837
gynéco-obstétrique	214	1 057	11	77	38	165	263	1 299
Total MCO	3 258	16 796	707	3 367	3 945	13 271	7 910	33 434
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie¹	3 359	22 210	931	5 435	589	1 965	4 879	29 610
Hospitalisation partielle en SSR	1 031	3 806	1 572	5 514	1 747	4 933	4 350	14 253
Total	7 648	42 812	3 210	14 316	6 281	20 169	17 139	77 297
HAD ²	1 398	4 521	3 241	10 373	932	3 188	5 571	18 082

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

1. Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée, où une demi-journée compte pour 0,5.

2. L'activité d'HAD est celle des disciplines de MCO et de SSR, c'est-à-dire hors psychiatrie. Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.

Lecture > En 2018, 7,9 millions de journées d'hospitalisation partielle ont été réalisées en MCO, en mobilisant 33 434 places.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2018, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; PMSI-HAD 2018, traitements DREES, pour l'activité d'HAD ; SAE 2018, traitements DREES, pour les capacités d'accueil de toutes les disciplines et pour l'activité de psychiatrie.

Tableau 2 Nombre de séances en 2018 selon le statut de l'établissement

Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif, dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Chimiothérapie ambulatoire	1 454 827	565 970	733 462	2 754 259
Radiothérapie	1 003 667	1 129 330	1 875 977	4 008 974
Séances sur malades ambulatoires	987 759	1 111 193	1 854 108	3 953 060
Séances sur malades hospitalisés	15 908	18 137	21 869	55 914
Dialyse	1 683 524	2 722 827	2 654 582	7 060 933
Total	4 142 018	4 418 127	5 264 021	13 824 166

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

mémoire dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, en France métropolitaine et dans les DROM (tableau 3). Il s'agit, dans 87 % des cas, d'établissements publics (dont 71 % de centres hospitaliers et 13 % de CHR), d'établissements privés à but non lucratif dans 8 % des cas et d'établissements privés à but lucratif dans 5 % des cas. Ces consultations ont accueilli 250 000 patients différents au cours de l'année 2018, dont 50 % de nouveaux patients. Ce sont des consultations labellisées¹ pour 90 % des patients. Des groupes de parole destinés aux aidants ont été mis en place par 194 unités.

La prise en charge de la douleur chronique

283 entités sont identifiées comme structures de traitement de la douleur chronique en 2018. Parmi celles-ci, 266 ont décrit leur activité de consultation

dans l'enquête SAE. En 2018, 228 000 patients externes et 20 000 patients internes ont bénéficié de consultations médicales (173 000 patients externes et 24 000 patients en 2016). Ces patients ont bénéficié au total de 560 000 consultations réalisées par un médecin, hors psychiatres, 21 000 consultations réalisées par des médecins psychiatres, 120 000 consultations réalisées par un psychologue et 206 000 actes infirmiers.

Les urgences

En France métropolitaine et dans les DROM, les urgences ont recensé 21,8 millions de passages en 2018. Celles-ci, ainsi que d'autres formes de prises en charge ambulatoires à l'hôpital (en particulier la psychiatrie), font l'objet de fiches spécifiques (voir les chapitres « Les autres disciplines hospitalières » et « Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière »).

Tableau 3 Répartition des consultations mémoires selon le statut de l'établissement en 2018

Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Nombre d'entités ayant une consultation mémoire, dont :	476	44	28	548
consultation mémoire labellisée	377	30	14	421
File active, dont :	223 891	17 981	9 860	251 732
nouveaux patients	112 364	8 744	5 170	126 278
Groupe de parole destiné aux aidants	171	15	8	194

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

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

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités alternatives à l'hospitalisation à temps complet ayant fonctionné en 2018 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les consultations externes déclarées par les établissements publics de santé ne sont pas comptabilisées.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

Définitions

- > **Alternatives à l'hospitalisation** : elles ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile » (article R6121-4 du Code de la santé publique).
- > **Chimiothérapie** : elle consiste en l'usage de certaines substances chimiques pour traiter une maladie. De nos jours, le terme « chimiothérapie » est principalement utilisé pour désigner certains traitements contre le cancer.
- > **Radiothérapie** : ce traitement consiste à utiliser des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses. La radiothérapie ne s'emploie pas uniquement pour traiter les cancers mais, dans la pratique, son utilisation pour des affections non cancéreuses est faible.
- > **Nombre de passages aux urgences pour l'année** : il inclut l'ensemble des arrivées quels que soient les modes d'arrivée et de sortie.
- > **Centres de lutte contre le cancer (CLCC)** : ils assurent des missions de soins, de recherche et d'enseignement, et sont spécialisés en cancérologie. On compte 22 établissements sur le territoire métropolitain.

Pour en savoir plus

- > **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** (2019, décembre). Rapport d'activité hémovigilance 2018.
- > **Baubeau, D., Carrasco, V. et Mermilliod, C.** (2005, mars). L'activité de radiothérapie en 2002. DREES, *Études et Résultats*, 387.
- > **Baubeau, D. et Trigano, L.** (2004, juillet). La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. DREES, *Études et Résultats*, 327.

Fin 2018, les établissements de santé emploient 210 000 personnels médicaux : médecins, odontologistes, pharmaciens, internes ou sages-femmes. Ces personnels sont essentiellement employés dans les établissements publics. Ainsi, 77 % des sages-femmes y exercent, et plus de neuf internes sur dix. Parmi les médecins, pharmaciens et odontologistes, 83 % des salariés exercent à l'hôpital public, alors que les praticiens libéraux sont pour leur part concentrés à hauteur de 84 % dans les établissements privés à but lucratif. 61 % des praticiens exercent en médecine générale et en spécialités médicales. Les internes et faisant fonction d'internes sont principalement affectés dans la discipline de médecine, chirurgie obstétrique et odontologie.

Plus des deux tiers des emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics

Fin 2018, les établissements de santé comptent 210 000 emplois de personnels médicaux : 117 000 médecins, odontologistes et pharmaciens¹ salariés, 42 000 médecins libéraux, 35 000 internes et faisant fonction d'internes (FFI) et près de 17 000 sages-femmes (*tableau 1*). Plus des deux tiers de ces emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics, 21 % des cliniques privées et 11 % des établissements privés à but non lucratif.

Au sein des établissements publics, les médecins sont essentiellement salariés (98 %). Ces emplois salariés sont principalement assurés par des praticiens hospitaliers, qui représentent 59 % des équivalents temps pleins (ETP) de médecins des établissements publics (*tableau 2*). Les attachés, assistants et praticiens hospitalo-universitaires titulaires représentent ensuite respectivement 11 %, 8 % et 4 % des ETP de médecins dans les hôpitaux publics. Ces établissements comptent également 2 000 emplois de praticiens libéraux (voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé », sur les différents statuts des personnels des établissements de santé).

Dans les établissements privés à but non lucratif, 75 % des emplois de médecins sont occupés par des salariés au 31 décembre 2018. Dans les cliniques privées, en revanche, les libéraux sont largement majoritaires (87 % des emplois médicaux fin 2018).

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

Parmi les emplois de médecins exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé, 61 % sont dédiés, à temps plein ou à temps partiel, à la médecine générale et à des spécialités médicales (y compris anesthésie-réanimation et pédiatrie) (*tableau 3*). La part des emplois relevant de la médecine générale et des spécialités médicales est un peu plus élevée dans les établissements publics et privés à but non lucratif (respectivement 62 % et 65 %) que dans les cliniques privées (57 %). Ces dernières se consacrent davantage à la chirurgie (voir fiche 13, « La spécialisation en chirurgie »). La moindre proportion des emplois de praticiens consacrés à la biologie médicale dans le secteur privé traduit une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux mêmes des établissements.

Le troisième cycle des études de médecine s'effectue obligatoirement dans le cadre d'un internat, ce qui n'est pas forcément le cas pour les études de pharmacie et d'odontologie. De ce fait, parmi les internes en emploi fin 2018, plus de neuf étudiants sur dix (93 %) sont inscrits en médecine (*tableau 1*). La répartition des internes reflète toutefois celle des professions, si bien que le nombre d'emplois d'internes

1. Dans la suite de cette fiche, par souci de simplification, le terme médecins regroupe les médecins, les odontologistes et les pharmaciens.

Tableau 1 Les emplois médicaux dans les établissements de santé au 31 décembre 2018

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Médecins, odontologistes, pharmaciens	99 193	19 006	40 585	158 784
Salariés	97 223	14 305	5 321	116 849
Libéraux	1 970	4 701	35 264	41 935
Internes et FFI	32 284	2 327	272	34 883
Internes	28 849	2 090	266	31 205
Médecine (médecine générale et spécialités médicales)	26 893	1 994	258	29 145
Pharmacie	1 638	95	8	1 741
Odontologie	318	1	-	319
Faisant fonction d'internes (FFI)	3 435	237	6	3 678
Sages-femmes	12 897	1 258	2 647	16 802
Total	144 374	22 591	43 504	210 469

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition, en équivalent temps plein, des emplois médicaux salariés dans les établissements de santé en 2018

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
ETP des médecins, pharmaciens et odontologistes salariés	71 274	9 823	3 571
ETP des hospitalo-universitaires titulaires ¹	3 071	n.d.	n.d.
ETP des praticiens hospitaliers	42 107	n.d.	n.d.
ETP des assistants	5 580	n.d.	n.d.
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 048	n.d.	n.d.
ETP des attachés	7 928	n.d.	n.d.
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	10 540	n.d.	n.d.
ETP internes et FFI	30 658	1 798	227
ETP des sages-femmes	11 741	1 038	2 194
ETP des titulaires et stagiaires de la fonction publique	9 349	-	-
ETP des CDI	413	862	1 889
ETP des CDD	1 979	176	305

CDD : contrat à durée déterminée ; CDI : contrat à durée indéterminée ; ETP : équivalent temps plein moyen annuel rémunéré ; FFI : faisant fonction d'internes ; n.d. : non disponible.

1. Par convention, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) sont comptés pour 0,5 ETP.

Note > La répartition par statut des praticiens salariés n'est demandée que pour le secteur public.

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

pour un praticien est aussi élevé en médecine qu'en pharmacie (0,3 interne pour un praticien). Fin 2018, les FFI représentent 11 % de l'ensemble des internes et des FFI, proportion qui continue d'augmenter régulièrement depuis 2013, date à laquelle elle était de 7 %.

Les internes et FFI sont avant tout accueillis dans le public et en court séjour

93 % des internes et FFI exercent dans les établissements publics, où ils occupent 32 000 emplois (22 % des emplois médicaux du public). Ils sont principalement accueillis en CHU (57 % de l'ensemble des internes et FFI) et en centres hospitaliers (CH) de grande taille (au moins 300 lits) [23 %], où se concentrent la majorité des services agréés pour l'accueil des étudiants de troisième cycle des études de médecine (tableau 4). Le nombre d'internes et FFI par praticien est plus élevé dans les CHU que dans les grands CH (0,48 interne et FFI

pour un praticien en CHU, contre 0,28 en grand CH). Les internes et FFI représentent 2 300 emplois dans les établissements privés à but non lucratif, tandis qu'ils sont moins de 300 dans les cliniques privées. La majorité des internes et FFI (85 %) effectuent leur formation au sein de services de court séjour appartenant à la discipline d'équipement « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO), reflet de la forte proportion (85 % des ETP) de médecins salariés travaillant en MCO (tableau 5). C'est en psychiatrie que le nombre d'ETP d'internes et de FFI par praticien salarié est le plus faible (0,28). Les internes et FFI de ces services travaillent majoritairement dans des centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS). Néanmoins, rapportés au nombre de séjours en hospitalisation complète, les internes sont trois fois plus nombreux dans les services de psychiatrie des CHU que dans les CHS.

Tableau 3 Les emplois de médecins, pharmaciens et odontologistes salariés et libéraux dans les établissements de santé au 31 décembre 2018, selon la spécialité

Spécialités	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Répartition (en %)
Médecine générale ¹	13 272	2 635	3 018	18 925	11,9
Médecine d'urgence ¹	4 699	273	615	5 587	3,5
Anesthésie-réanimation	7 760	1 270	3 895	12 925	8,1
Pédiatrie	4 583	519	577	5 679	3,6
Autres spécialités médicales	31 632	7 604	15 086	54 322	34,2
Gynécologie-obstétrique	3 911	640	1 653	6 204	3,9
Spécialités chirurgicales	11 448	2 563	12 099	26 110	16,5
Biologie médicale	3 485	179	472	4 136	2,6
Psychiatrie	8 472	1 487	1 277	11 236	7,1
Pharmacie	5 461	1 226	1 346	8 033	5,1
Autres	4 470	610	547	5 627	3,5
Total	99 193	19 006	40 585	158 784	100,0

1. À la suite de la création du diplôme DES de médecine d'urgence, les praticiens en médecine d'urgence ne sont plus comptabilisés en médecine générale, contrairement aux années passées.

Lecture > 11,9 % des emplois médicaux (hors internes et sages-femmes) en établissement de santé concernent la médecine générale en 2018.

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Tableau 4 Les emplois d'internes et de faisant fonction d'internes en établissement de santé au 31 décembre 2018, selon la catégorie d'établissements

Spécialités	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif	dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	CHU	CH de grande taille (au moins 300 lits)	Autres établissements publics (y compris CHS)				
Internes (effectifs)	18 616	6 408	3 825	2 090	813	266	31 205
Internes (%)	59,7	20,5	12,3	6,7	2,6	0,8	100,0
Faisant fonction d'internes (effectifs)	1 205	1 582	648	237	53	6	3 678
Faisant fonction d'internes (%)	32,8	43,0	17,6	6,4	1,4	0,2	100,0
Total internes et FFI (effectifs)	19 821	7 990	4 473	2 327	866	272	34 883
Total internes et FFI (%)	56,8	22,9	12,8	6,7	2,5	0,8	100,0
Total du personnel médical¹ (effectifs)	41 210	29 003	23 853	11 084	2 703	8 914	114 064
Total du personnel médical¹ (%)	36,1	25,5	20,9	9,7	2,4	7,8	100,0
Séjours en hospitalisation complète ² (nombre)	2 974 685	3 075 209	2 055 185	806 323	143 305	769 144	9 680 546
Séjours en hospitalisation complète ² (%)	30,7	31,8	21,2	8,3	1,5	8,0	100,0
Ratio internes et FFI/ personnel médical	0,48	0,28	0,19	0,21	0,32	0,03	0,31
Ratio internes et FFI/100 séjours en hospitalisation complète	0,67	0,26	0,22	0,29	0,60	0,04	0,36

CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; HAD : hospitalisation à domicile ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

1. Le personnel médical, hors sages-femmes, comprend les effectifs des salariés et des libéraux des établissements accueillant des internes ou des FFI.

2. Les séjours en hospitalisation complète sont uniquement ceux des établissements accueillant des internes ou des FFI (en MCO, psychiatrie, SSR, ULSD ou HAD).

Lecture > Rapportés à un même nombre de séjours en hospitalisation complète, les centres hospitaliers universitaires et les centres de lutte contre le cancer forment plus d'internes et de FFI que les autres établissements de santé : ratio internes et FFI/100 séjours en hospitalisation complète de, respectivement, 0,67 et 0,60, contre 0,22 à 0,29.

Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, accueillant des internes ou des FFI.

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Toutes disciplines confondues, dans les CHU, le nombre d'internes par séjour en hospitalisation complète est ainsi particulièrement élevé : 0,67 interne et FFI pour 100 séjours, contre 0,36 en moyenne.

Les trois quarts des sages-femmes travaillent à l'hôpital public

77 % des sages-femmes exercent dans les établissements publics, dont elles constituent 9 % des personnels médicaux. Dans ces hôpitaux, les titulaires ou

stagiaires de la fonction publique hospitalière² représentent 80 % des effectifs en ETP de la profession, tandis que la part des CDD est de 17 % (tableau 2).

23 % des emplois de sages-femmes relèvent du secteur privé. Elles sont deux fois plus nombreuses dans les cliniques privées (2 600 emplois fin 2018) que dans les établissements privés à but non lucratif (1 300 emplois). Dans les établissements privés, les sages-femmes en CDI représentent 85 % des ETP. ■

Tableau 5 Les internes et les faisant fonction d'internes en établissement de santé en 2018, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation

Disciplines	Internes et faisant fonction d'internes		Personnel médical salarié ¹		Ratio internes/ personnel médical salarié ¹
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques ²	1 811	5,5	1 183	1,6	1,53
MCO	27 834	85,2	62 571	84,8	0,44
Psychiatrie	2 161	6,6	7 725	10,5	0,28
HAD	38	0,1	94	0,1	0,41
SSR	661	2,0	1 907	2,6	0,35
SLD	178	0,6	287	0,4	0,62
Ensemble des disciplines	32 683	100,0	73 766	100,0	0,44

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée ; ETP : équivalent temps plein annuel moyen rémunéré.

1. Dans ce tableau, contrairement au tableau 4, les ETP d'internes sont rapportés aux ETP des seuls médecins salariés (hors sages-femmes), car la répartition des libéraux en ETP par discipline n'est pas connue.

2. L'administration gère, entre autres, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et accueille beaucoup d'internes de santé publique, même si peu de médecins exercent dans ces services.

Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, accueillant des internes ou des FFI.

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Personnel médical, y compris internes, faisant fonction d'internes et sages-femmes, des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), en emploi au 31 décembre 2018.

Source

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

2. Dans les hôpitaux publics, les sages-femmes peuvent relever du statut de la fonction publique hospitalière, contrairement à d'autres catégories de personnels médicaux comme les praticiens hospitaliers (PH) ou les personnels non-titulaires.



Définitions

> **Personnel médical** : il est composé des médecins, odontologistes et pharmaciens, auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes (FFI), qui sont en formation, et les sages-femmes. Sont déclarés les personnels médicaux des établissements sanitaires uniquement.

> **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaillent au sein des cliniques privées. Ils peuvent également intervenir dans les établissements publics et privés à but non lucratif. Les conditions d'exercice de ces praticiens se sont en effet élargies depuis la mise en place de la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009. Lorsque leur contrat de travail ou leur statut le leur permet, les médecins salariés (notamment attachés) peuvent exercer dans des hôpitaux différents. Les sources actuelles ne permettent pas d'évaluer les doubles comptes. De ce fait, ce sont des emplois et non des effectifs en personnes physiques qui sont comptabilisés. Une baisse des emplois à l'occasion de restructurations, par exemple, ne se traduit pas nécessairement par une baisse du nombre de personnes employées, si les emplois occupés par une même personne sont rassemblés sur le même site.

> **Spécialité principale d'exercice** : cette notion renvoie à la spécialité reconnue par la Sécurité sociale pour les médecins libéraux et correspond, en général, à l'intitulé du poste occupé par les salariés. Les médecins qui partagent leur temps entre deux activités au sein d'un même établissement sont classés dans la spécialité principale exercée dans cet établissement.

> **Statuts à l'hôpital public** : les personnels médicaux ont principalement le titre de praticiens hospitaliers (PH). Ils occupent des postes à temps plein ou à temps partiel. Les praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH), les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), les praticiens hospitaliers universitaires (PHU), les assistants hospitaliers universitaires (AHU) et les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) partagent leur activité entre le soin, l'enseignement et la recherche (par convention, ils sont comptabilisés pour 0,5 ETP pour la partie soins). Les médecins ayant le statut d'assistant sont recrutés avec des contrats à durée déterminée. Les praticiens attachés travaillent à temps plein ou à temps partiel (1 à 10 vacations hebdomadaires maximum) et peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.

> **Faisant fonction d'internes (FFI)** : ce sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquérir une spécialisation ou un diplôme complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, sont désignés en qualité de faisant fonction d'interne. L'exercice en France de ces médecins est conditionné par une autorisation. À défaut, ils ne peuvent exercer des fonctions hospitalières que s'ils sont inscrits à des formations universitaires et uniquement dans des établissements hospitaliers publics.

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

Pour en savoir plus

> **Anguis, M., Chaput, H., Marbot, C., Millien, C., et al.** (2018, mai). 10 000 médecins de plus depuis 2012. DREES, *Études et Résultats*, 1061.

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

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

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

> **Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)** (2010). *Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*, tome I. (Rapport 2010-2011).

Fin 2018, les personnels non médicaux, soignant ou non, représentent plus de 1,1 million d'emplois salariés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, y compris le service de santé des armées. Les trois quarts d'entre eux exercent dans des établissements publics et six sur dix sont titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière.

Les trois quarts des emplois non médicaux se concentrent dans les hôpitaux publics

Les personnels non médicaux salariés dans les établissements de santé représentent 1,1 million d'emplois au 31 décembre 2018. Les trois quarts de ces emplois se concentrent dans les hôpitaux publics. Le quart restant se répartit à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (*tableau 1*).

Le personnel soignant non médical (infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, psychologues, etc.) représente 69 % de l'ensemble des personnels non médicaux, soit 764 000 emplois. Ils sont largement présents dans les hôpitaux publics, qui concentrent 72 % de ces emplois. Les cliniques privées mobilisent 15 % des emplois de personnel non médical soignant et les établissements privés à but non lucratif, 13 %.

Au sein du personnel soignant, les emplois d'infirmiers et d'aides-soignants sont majoritaires (respectivement 45 % et 32 % des emplois). Les rééducateurs et psychologues occupent ensemble une part plus modeste (7 % des emplois des personnels non médicaux soignants). Ils sont relativement plus présents dans les établissements privés à but non lucratif que dans les autres établissements : leur part dans l'ensemble du personnel non médical soignant atteint 11 %, contre 6 % dans les hôpitaux publics et les cliniques privées. Cela reflète, en partie, la part prépondérante du secteur privé à but non lucratif dans les activités de soins de suite et de réadaptation (voir fiche 21, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »).

76 % du personnel non soignant travaille dans les hôpitaux publics, et 11 % dans les cliniques privées. Les personnels technique et médico-technique

sont nettement concentrés dans les établissements publics (83 %). En revanche, si 70 % des personnels éducatifs et sociaux travaillent dans les établissements publics, 22 % travaillent dans les établissements privés à but non lucratif.

Parmi les équivalents temps plein (ETP) des personnels non médicaux de la section hôpital (c'est-à-dire hors administration), 66 % exercent en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) (*tableau 2*). Les personnels exerçant en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation (SSR) représentent respectivement 15 % et 14 % des ETP des personnels non médicaux. Cette répartition est très stable depuis 2013.

60 % des personnels non médicaux sont titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière

Fin 2018, sur plus de 1,1 million d'emplois non médicaux des établissements de santé, 651 000 sont occupés par des titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière, 314 000 sont des emplois en contrat à durée indéterminée (CDI) et 142 000 sont des emplois en contrat à durée déterminée (CDD) (*tableau 3*).

Pour le personnel non médical soignant, la répartition par statut des emplois est proche de celle de l'ensemble du personnel non médical. Toutefois, cette répartition varie pour certaines catégories. Ainsi, les rééducateurs et les psychologues sont plus souvent en CDI et moins fréquemment titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière (ensemble, ces types de contrats représentent respectivement 47 % et 37 % des emplois) que le total du personnel non médical soignant. Il en est de même pour les agents de

services hospitaliers et autres personnels des services médicaux, dont 44 % sont titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière et 33 % sont en CDI.

Parmi le personnel non soignant, 35 % du personnel administratif et du personnel éducatif et social sont en CDI, une proportion un peu plus élevée que celle des catégories du personnel non soignant. ■

Tableau 1 Les emplois non médicaux des établissements de santé au 31 décembre 2018

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Personnel non médical soignant	553 028	96 217	114 371	763 616
Personnel d'encadrement du personnel soignant	17 546	3 847	3 463	24 856
Infirmiers ¹ diplômés d'État	250 100	41 382	52 985	344 467
Aides-soignants	185 678	27 252	32 382	245 312
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	67 016	13 057	18 917	98 990
Rééducateurs	18 910	7 598	5 046	31 554
Psychologues	13 778	3 081	1 578	18 437
Personnel non médical non soignant	261 412	45 599	36 287	343 298
Personnel administratif	102 691	23 269	22 100	148 060
Personnels éducatifs et sociaux	13 532	4 272	1 497	19 301
Personnel médico-technique	44 798	7 761	5 320	57 879
Personnel technique	100 391	10 297	7 370	118 058
Total	814 440	141 816	150 658	1 106 914

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

Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Tableau 2 Personnels non médicaux en 2018 par discipline, en équivalent temps plein

Disciplines	2017
Administration	237 212
Section hôpital	778 724
MCO	514 482
Psychiatrie	117 230
HAD	9 298
SSR	109 247
SLD	28 466
Ensemble	1 015 936
Ensemble (hors unités de soins de longue durée)	987 470

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

Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Tableau 3 Les emplois non médicaux des établissements de santé au 31 décembre 2018 selon la spécialité et le contrat

	Personnel en CDI	Personnel en CDD	Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière	Ensemble du personnel des établissements de santé
Personnel non médical soignant	212 602	95 912	455 102	763 616
Personnel d'encadrement du personnel soignant	7 477	238	17 141	24 856
Infirmiers ¹ diplômés d'État	91 552	34 220	218 695	344 467
Aides-soignants	57 318	31 091	156 903	245 312
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	32 751	22 299	43 940	98 990
Rééducateurs	15 249	4 490	11 815	31 554
Psychologues	8 255	3 574	6 608	18 437
Personnel non médical non soignant	101 311	46 296	195 691	343 298
Personnel administratif	51 309	18 494	78 257	148 060
Personnels éducatifs et sociaux	6 777	2 611	9 913	19 301
Personnel médico-technique	14 330	6 794	36 755	57 879
Personnel technique	28 895	18 397	70 766	118 058
Total	313 913	142 208	650 793	1 106 914

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

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

Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Personnel non médical salarié des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation est exclu.

Source

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

Méthodologie

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

Définitions

> Personnels non médicaux : il s'agit ici des personnels salariés, titulaires ou contractuels des établissements sanitaires, rémunérés au 31 décembre 2018 par l'établissement dans le secteur privé, ou par l'entité juridique dans le secteur public. Sont inclus les élèves rémunérés, les agents en congés simples ou de longue maladie, en cessation progressive d'activité, etc. Les apprentis et autres contrats aidés ne sont pas comptabilisés. Le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation n'apparaît pas dans cette fiche.

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

Pour en savoir plus

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

En 2016, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein dans le secteur public hospitalier s'élève en moyenne à 2 320 euros, contre 2 112 euros dans le secteur privé hospitalier. Pour le secteur hospitalier dans son ensemble, il a augmenté en moyenne de 0,4 % en euros courants en 2016. En 2017, le salaire moyen dans le secteur public hospitalier continue de progresser (+1,4 % par rapport à 2016) et atteint 2 352 euros.

Hausse du salaire net moyen dans le secteur public en 2017 comme en 2016

Dans le secteur public hospitalier, entre 2016 et 2017¹, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein a augmenté en moyenne de 1,4 % en euros courants, passant de 2 320 euros à 2 352 euros (*tableau 1*). L'augmentation est de 0,4 % en euros constants (c'est-à-dire déduction faite de l'inflation), dans le prolongement de celle observée l'année précédente (entre 2015 et 2016 : +0,6 % en euros courants ; +0,5 % en euros constants). Les personnels médicaux (médecins, dentistes et pharmaciens, hors sages-femmes²) perçoivent un salaire mensuel net moyen en équivalent temps plein (EQTP) de 5 567 euros, en augmentation de 1,4 % en euros courants, tandis que la rémunération moyenne des personnels soignants (sages-femmes, infirmiers, aides-soignants, etc.) s'élève à 2 100 euros en moyenne (+1,1 % depuis 2016). La rémunération des personnels médico-techniques (techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, manipulateur électroradiologie médicale, etc.), atteint 2 298 euros en moyenne, celle des personnels administratifs 2 023 euros et celle des personnels techniques et ouvriers 1 935 euros.

Le salaire net moyen dans le secteur privé également en hausse en 2016

Dans le secteur privé hospitalier, en 2016, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein s'élève

en moyenne à 2 112 euros. Entre 2015 et 2016³, il a augmenté en moyenne de 0,7 % en euros courants, soit 0,5 %, déduction faite de l'inflation. Les personnels médicaux (hors sages-femmes) perçoivent un salaire mensuel net moyen en EQTP de 5 993 euros, en augmentation de 0,5 % en euros courants, tandis que la rémunération moyenne des personnels soignants s'élève à 1 894 euros en moyenne (+0,4 % depuis 2015). La rémunération des personnels médico-techniques, atteint 2 075 euros en moyenne, celle des personnels administratifs 2 000 euros et celle des personnels techniques et ouvriers 1 953 euros.

Un salaire net moyen plus élevé dans les hôpitaux publics

En 2016, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein s'élève en moyenne à 2 320 euros dans le secteur public et à 2 112 euros dans le secteur privé. Entre 2015 et 2016, il a augmenté en moyenne de 0,4 % en euros courants dans les hôpitaux, public et privé confondus. La répartition par âge et par structure de qualification des personnels de chacun de ces secteurs explique à la fois le niveau de rémunération nette moyenne observée et son évolution. Dans la plupart des filières non médicales, les salariés des cliniques privées perçoivent en général des salaires mensuels nets en EQTP moins élevés que leurs homologues du public. Cette différence est

1. Faute de données sur les cliniques privées en 2017, la présente fiche porte sur l'année 2016 pour ce secteur et sur l'année 2017 pour le secteur hospitalier public. Les comparaisons entre secteurs d'activité sont réalisées sur l'année 2016.

2. Dans cette fiche, les sages-femmes sont regroupées avec le personnel soignant non médical, bien qu'elles fassent partie du personnel médical.

3. Pour cette publication, les données du millésime 2016 ont été recalculées afin de présenter des évolutions annuelles cohérentes entre deux millésimes homogènes. En pratique, les données du millésime 2016 ont été utilisées pour calculer l'évolution des salaires, et cette évolution a ensuite été appliquée aux salaires de 2015 en niveau. Il devient donc possible de comparer ces données avec les données de 2015 publiées dans l'édition 2018 du *Panorama des établissements de santé*. Les principaux changements intervenus dans les DADS sont détaillés dans *l'Insee Première* sur les salaires dans le secteur privé en 2016 (Berger, et al., 2019).

Tableau 1 Les salaires mensuels nets moyens en équivalent temps plein en 2016 et 2017 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public			Secteur privé		Ensemble		
	Structure des effectifs (en %)	Salaire 2016 (en euros)	Salaire 2017 (en euros)	Structure des effectifs (en %)	Salaire 2016 (en euros)	Structure des effectifs (en %)	Salaire 2016 (en euros)	Évolution 2015-2016 (% en euros courants)
Personnels administratifs	10,4	2 007	2 023	14,2	2 000	11,3	2 003	0,4
Cadres de gestion et de direction	0,8	4 420	4 400	2,2	3 745	1,1	4 102	1,0
Professions intermédiaires	3,8	2 111	2 133	3,2	1 990	3,7	2 083	0,5
Employés	5,9	1 622	1 625	8,9	1 611	6,6	1 617	0,2
Personnels soignants	63,6	2 078	2 100	70,5	1 894	65,3	2 026	0,1
Sages-femmes	1,2	2 720	2 757	1,2	2 506	1,2	2 666	0,6
Personnel d'encadrement du personnel soignant	2,4	3 075	3 083	2,1	3 188	2,3	3 098	2,0
Infirmiers	25,8	2 305	2 329	30,0	2 134	26,8	2 255	0,1
Aides soignants et agents de services hospitaliers	31,4	1 781	1 802	33,1	1 540	31,8	1 716	-0,4
Rééducateurs	1,7	2 105	2 138	3,1	2 136	2,0	2 115	0,8
Psychologues	1,2	2 276	2 305	1,0	2 317	1,1	2 283	0,5
Personnels éducatifs et sociaux (professions intermédiaires)	1,5	1 984	2 011	1,9	2 009	1,6	1 990	0,2
Personnels médico-techniques	4,4	2 276	2 298	3,6	2 075	4,2	2 233	0,1
Professions intermédiaires	4,4	2 280	2 302	3,4	2 087	4,2	2 240	0,1
Employés	0,0	1 797	1 852	0,2	1 778	0,1	1 793	-0,2
Personnels techniques et ouvriers	10,9	1 908	1 935	4,0	1 953	9,3	1 913	0,6
Cadres	0,9	3 189	3 211	0,5	3 339	0,8	3 209	0,8
Professions intermédiaires	1,6	2 314	2 313	0,8	2 132	1,5	2 284	1,1
Ouvriers	8,4	1 691	1 711	2,6	1 647	7,0	1 687	-0,1
Personnel médical	7,9	5 491	5 567	4,9	5 993	7,2	5 573	1,2
Contrats aidés	1,2	1 246	1 274	0,9	1 193	1,1	1 235	0,3
Femmes	77,0	2 186	2 218	80,8	1 990	77,9	2 133	0,4
Hommes	23,0	2 768	2 806	19,2	2 622	22,1	2 735	0,4
Ensemble¹	100,0	2 320	2 352	100,0	2 112	100,0	2 266	0,4
Ensemble (hors personnel médical)¹	92,1	2 047	2 072	95,1	1 919	92,8	2 013	0,2
Ensemble (hors contrats aidés)¹	98,8	2 333	2 363	99,1	2 124	98,9	2 278	0,4

1. Y compris personnels non ventilés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Note > Les personnels non ventilés ne sont pas présentés dans la structure des effectifs, mais leurs salaires sont pris en compte dans le calcul du salaire moyen.

Champ > Salariés de France métropolitaine et des DROM (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les contrats aidés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Sources > Insee, DADS – grand format 2016, SIASP 2015-2016-2017, traitements DREES.

plus marquée en moyenne pour les personnels soignants (y compris sages-femmes), l'écart de rémunération étant de 184 euros en faveur du public par rapport au privé, et pour les personnels médico-techniques, avec un écart de 201 euros. Les deux filières faisant exception sont celles des personnels techniques et ouvriers et des personnels socio-éducatifs, où l'écart de rémunération est respectivement de 44 euros et de 25 euros en faveur du privé. Le salaire mensuel net moyen en EQTP des personnels médicaux est en moyenne moins élevé dans le secteur public (7,9 % des effectifs salariés), où il est de 5 491 euros, que dans le secteur privé (4,9 %, des effectifs salariés), où il est de 5 993 euros. Toutefois, les comparaisons des salaires moyens des médecins en fonction des différents secteurs se révèlent délicate en raison de la spécificité des modes de rémunération. En effet, dans les cliniques privées, les personnels médicaux exercent le plus souvent en tant que libéraux. Ainsi, les personnels médicaux salariés ne sont pas nécessairement représentatifs de la situation du personnel médical intervenant dans le secteur hospitalier privé.

En 2016, la dispersion des salaires estimée par le rapport interdécile – rapport entre le salaire mensuel net au-delà duquel se situent les 10 % des salariés les mieux payés et celui en deçà duquel se situent les 10 % les moins bien payés – est de 2,3 dans

l'ensemble du secteur hospitalier (*tableau 2*). Il est légèrement plus élevé que celui de 2015. Dans les hôpitaux publics, comme dans les cliniques privées, c'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés. Le rapport interdécile chez les cadres de gestion et de direction est de 3,6 chez les salariés des hôpitaux publics et de 3,4 chez ceux des cliniques privées⁴. Pour les aides-soignants et agents des services hospitaliers, il est respectivement de 1,5 et 1,8 dans les deux secteurs. Ces dispersions s'avèrent globalement stables d'une année sur l'autre.

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

En 2016, un médecin du secteur hospitalier perçoit, en début de carrière, un salaire mensuel net compris en moyenne entre 3 235 euros s'il est âgé de moins de 30 ans et 4 371 euros s'il a entre 30 et 39 ans (*tableau 3*). Entre 50 et 59 ans, il perçoit en moyenne 6 461 euros nets par mois. Cette progression avec l'âge est beaucoup moins prononcée pour le personnel des filières non médicales : les salariés de moins de 30 ans perçoivent en moyenne un salaire mensuel net en EQTP de 1 685 euros et les salariés entre 50 et 59 ans, 2 225 euros.

Tableau 2 Distribution des salaires mensuels nets en 2016

En euros

Déciles	Secteur public	Secteur privé	Ensemble ¹	
	Salaire 2016	Salaire 2016	Salaire 2016	Évolution 2015-2016 (% en euros courants)
D1	1 473	1 212	1 409	-0,4
Médiane	1 945	1 786	1 910	0,1
D9	3 300	2 910	3 210	1,1
D9/D1	2,2	2,4	2,3	+0,03 point

1. Y compris personnels non ventilés.

Note > Hors internes et externes.

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

Sources > Insee, DADS – grand format 2016, SIASP 2015-2016, traitements DREES.

4. Au-delà de ces indicateurs standards de distribution, on peut signaler que la fonction publique hospitalière compte la moitié des postes les plus rémunérateurs de la fonction publique (Goussen, Godet, 2019) et que, parmi le 1 % des rémunérations les plus élevées en France (salariés du secteur public, du secteur privé et non-salariés), on compte 42 % de non-salariés, principalement des médecins libéraux (exerçant en ville ou en clinique privée) et des avocats (Berger, Bonnet, 2020).

Le salaire net moyen des femmes est inférieur de 21 % à celui des hommes dans les hôpitaux publics, de 24 % dans les cliniques privées. Cet écart de rémunération entre femmes et hommes s'explique en partie par une différence de moyenne d'âge (41,7 ans pour les femmes et 44,0 ans pour les hommes) et en partie également par une différence des emplois occupés : en EQTP, 16,4 % des hommes occupent des postes de la filière médicale – la mieux rémunérée –, alors que c'est le cas pour 4,5 % des femmes seulement. Ces dernières exercent plus souvent des emplois de la filière soignante (infirmières, sages-femmes, aides-soignantes, etc.), 29,5 % d'entre elles sont infirmières et 34,8 % sont aides-soignantes et agentes des services hospitaliers, contre respectivement 16,3 % et 20,5 % des hommes. ■

Tableau 3 Structure des emplois et salaires mensuels nets moyens en EQTP par tranches d'âge pour le personnel médical et non médical, en 2016

Tranches d'âge	Personnel médical ¹		Personnel non médical		Ensemble ²	
	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)
Moins de 30 ans	2,2	3 235	18,0	1 685	16,9	1 699
30 à 39 ans	29,5	4 371	25,4	1 896	25,7	2 101
40 à 49 ans	24,0	5 632	26,3	2 062	26,2	2 295
50 à 59 ans	27,9	6 461	26,0	2 225	26,2	2 550
60 ans ou plus	16,4	6 521	4,3	2 639	5,1	3 566

1. Compte tenu de la longueur des études médicales, l'âge de début de carrière se situe souvent au-delà de 30 ans pour ces professions.
2. Y compris personnels non ventilés.
Note > Hors internes et externes.
Champ > Salariés de France métropolitaine et des DROM (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.
Sources > Insee, DADS – grand format 2016-SIASP 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

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

Sources

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative que doit accomplir toute entreprise employant des salariés. Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissent annuellement et pour chaque établissement un certain nombre d'informations relatives à l'établissement et aux salariés (la nature de l'emploi et la qualification, le montant des rémunérations versées, etc.). Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) exploite notamment les informations contenues dans cette déclaration sur le champ de la fonction publique. Il intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, liés notamment au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). Les salaires sont estimés à partir du Siasp pour les hôpitaux publics et de la DADS – grand format pour les cliniques privées.

...

... Définitions

> **Salairé annuel net moyen** : il est calculé à partir du salaire net fiscal disponible dans les déclarations annuelles de données sociales (DADS). Il est net de toutes cotisations sociales, y compris la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Il ne comprend pas les participations (qui ne sont pas imposables). Les calculs sont effectués sur l'ensemble des postes, qu'ils soient à temps complet ou à temps partiel. Les effectifs sont convertis en équivalent temps plein (ETP) au prorata de leur durée de présence et de leur quotité travaillée. Les salaires de chaque poste sont pondérés par leur poids en EQTP pour le calcul des moyennes. Ces EQTP propres au calcul des salaires sont très légèrement différents des ETP utilisés pour la mesure de l'emploi. Sont exclus certains postes correspondant à des éléments de rémunération annexes, ou des postes dont la rémunération horaire est manifestement incohérente. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 euros par an. Le salaire annuel net moyen est obtenu en pondérant les salaires annualisés des postes par le nombre d'ETP.

Pour en savoir plus

- > **Berger, E., Dennevault, C., Dixte, C., et al.** (2019, octobre). Les salaires dans la fonction publique hospitalière. Insee, *Insee Première*, 1778.
- > **Berger, E., Dennevault, C., Dixte, C., et al.** (2019, octobre). En 2017, dans la fonction publique hospitalière, le salaire net moyen augmente de 1,3 %, soit 0,3 % en euros constants. DREES, *Études et Résultats*, 1132.
- > **Goussen, J., Godet, F.** (2019, février). Les hautes rémunérations dans la fonction publique. En 2016, 1 % des agents, fonctionnaires ou non, gagnent plus de 6 410 euros nets par mois. Insee, *Insee Première*, 1738.
- > **Insee.** (2020, mars). En 2018, le salaire net moyen dans la fonction publique baisse de 1,0 % en euros constants. Insee, *Informations Rapides*, 2020-081.
- > **Ministère de l'action et des comptes publics.** (2019). Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – édition 2019. Disponible sur le site internet de la fonction publique.

L'organisation sanitaire des cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) revêt une grande diversité. La Guadeloupe et la Martinique ont une capacité d'accueil et une activité hospitalières comparables à celles de la métropole. À l'opposé, en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, les capacités d'accueil, rapportées à la population, sont nettement moins élevées et moins variées.

Les départements et régions d'outre-mer (DROM) ont une organisation sanitaire très contrainte par leur géographie. Les Antilles, La Réunion et Mayotte sont des départements insulaires, alors que la Guyane est un vaste territoire faiblement peuplé. De plus, si, en Martinique et en Guadeloupe, la structure d'âge est proche de celle de la métropole, la population est nettement plus jeune à Mayotte, à La Réunion et en Guyane.

En 2018, la population des DROM représente 3,3 % de la population de la France, soit 2,2 millions de personnes. La Guyane et Mayotte sont les seules régions françaises, avec la Corse en métropole, à ne pas avoir de centre hospitalier régional (CHR) [tableau 1]. Ces deux régions ultramarines sont aussi les seules à ne pas avoir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie. Mayotte se distingue particulièrement des quatre autres départements et régions d'outre-mer par une capacité très réduite en hospitalisation. Ce département est doté d'un seul centre hospitalier, situé à Mamoudzou.

Une capacité d'accueil hospitalier en Guadeloupe et en Martinique comparable à celle de la métropole

En nombre de lits de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour 100 000 habitants, la Martinique est le DROM qui se rapproche le plus de la métropole en 2018 (-12 % d'écart), suivi par la Guyane (-15 %), la Guadeloupe (-17 %) et La Réunion (-21 %) [tableaux 2 et 3]. Pour Mayotte, l'écart reste toujours nettement plus important (-56 %). Pour l'hospitalisation partielle en MCO, la Guadeloupe et la Martinique ont également un nombre de places pour 100 000 habitants qui reste proche de celui de la métropole. Ce n'est pas le cas

des trois autres DROM, dont le taux d'équipement en hospitalisation partielle est nettement en deçà.

En psychiatrie, le nombre de lits d'hospitalisation complète en Guadeloupe et en Martinique, rapporté à leur population, est proche de celui de la métropole (84 lits pour 100 000 habitants). La Réunion et la Guyane ont des taux d'équipement plus faibles, tandis qu'à Mayotte il est quasi nul. Le taux d'équipement en hospitalisation partielle de psychiatrie des DROM est nettement plus bas qu'en métropole, sauf en Guadeloupe.

En soins de suite et de réadaptation (SSR, moyen séjour), les écarts de capacités d'accueil en hospitalisation complète sont également marqués entre d'une part la métropole (160 lits pour 100 000 habitants), la Guadeloupe (158) et la Martinique (143), et d'autre part La Réunion (93 lits pour 100 000 habitants), la Guyane (50) et Mayotte (0). En revanche, l'hospitalisation partielle de SSR présente une situation singulière : les taux d'équipement de trois DROM (La Réunion, la Guadeloupe et la Guyane) sont plus élevés que celui de la métropole. En Martinique, la capacité d'accueil en hospitalisation partielle de moyen séjour, par habitant, est beaucoup plus faible, et elle est inexistante à Mayotte.

MCO : des taux d'hospitalisation plus proches de celui de la métropole à La Réunion, en Martinique et en Guadeloupe

L'activité de MCO en hospitalisation complète, rapportée à la population, est globalement plus faible dans les DROM qu'en France métropolitaine, où elle s'élève à 15,3 séjours pour 100 habitants. La Réunion (13,9), la Martinique (12,0) et la Guadeloupe (11,9) sont les DROM dont le taux d'hospitalisation complète en MCO se rapproche le plus

de celui de la métropole, tandis qu'il est nettement plus faible en Guyane (10,5) et à Mayotte (8,2) [tableau 4].

En 2018, la durée moyenne de séjour est légèrement plus élevée que la moyenne métropolitaine (5,5 jours) à Mayotte, en Martinique et en Guyane (respectivement 6,0 jours, 6,1 jours et 6,6 jours) [tableau 5]. En revanche, elle s'avère un peu plus courte en Guadeloupe et à La Réunion (5,3 jours et 4,9 jours). Rapportée à la population, l'hospitalisation partielle en MCO est beaucoup moins développée en Guyane et à Mayotte, en raison d'une capacité d'accueil plus faible. La part de l'hospitalisation partielle (nombre de journées en hospitalisation partielle rapporté

à la somme des séjours en hospitalisation complète et des journées en hospitalisation partielle) est de 28 % en Guyane et de 20 % à Mayotte, alors qu'elle s'élève à 48 % en Guadeloupe, 39 % en Martinique et 38 % à La Réunion, parts comparables à celle de la métropole (44 %).

Psychiatrie : des taux d'hospitalisation partielle bien en deçà de ceux de la métropole

La prise en charge de la santé mentale dans les DROM repose presque exclusivement sur une offre portée par les hôpitaux publics. En hospitalisation complète de psychiatrie, le nombre de séjours

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé par catégorie d'établissement en 2018

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Établissements publics¹	10	14	3	10	1	1 322
CHR/CHU	1	5	0	6	0	166
CH, dont anciens hôpitaux locaux	8	8	3	3	1	924
CHS	1	1	0	1	0	92
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	140
Établissements privés à but non lucratif	0	1	0	3	0	678
CLCC ²	0	0	0	0	0	22
Autres établissements privés à but non lucratif	0	1	0	3	0	656
Établissements privés à but lucratif	12	4	4	18	0	962
Établissements de SSR	8	3	3	6	0	472
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	4	1	1	10	0	332
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	2	0	149
Établissements de SLD	0	0	0	0	0	7
Autres établissements privés à but lucratif	0	0	0	0	0	2
Total	22	19	7	31	1	2 962

CHR : centre hospitalier régional ; CHU : centre hospitalier universitaire ; CH : centre hospitalier ; CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales ; CLCC : centre de lutte contre le cancer ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SLD : soins de longue durée.

1. Le nombre d'entités indiqué pour le secteur public comptabilise désormais toutes les entités géographiques (et non plus uniquement les entités juridiques comme c'était le cas avant 2012). Pour une entité juridique multisite comme l'AP-HP, on compte autant d'entités que de sites.

2. En 2018, les deux sites de l'Institut Gustave-Roussy sont comptés chacun comme une entité.

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

Les données sur la Guadeloupe incluent les deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Sont comptabilisés les établissements d'hospitalisation disposant au 31 décembre 2018 d'au moins un lit (ou une place) à temps complet ou partiel, y compris les anciens hôpitaux locaux. Ne sont pas comptabilisés les centres de dialyse et de radiothérapie.

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

rapporté à la population en Guadeloupe et en Martinique est nettement inférieur à celui de la métropole, alors que leurs capacités d'accueil sont proches. Pour la Martinique, cela s'explique par une durée moyenne de séjour nettement plus élevée qu'en métropole (53 jours, contre 29 jours). Pour la Guadeloupe, le moindre taux d'hospitalisation reflète le plus faible taux d'occupation des lits (75 %, contre 89 % en métropole).

Pour La Réunion et la Guyane, les taux d'hospitalisation de psychiatrie plus bas sont le reflet de leurs taux d'équipement plus faibles en lits, la durée moyenne de séjour y étant proche de celle de la métropole (respectivement 30 et 32 jours). Enfin, à Mayotte, l'activité en hospitalisation complète de psychiatrie est très faible (0,1 séjour pour 100 habitants) et de courte durée (9 jours en moyenne), reflet de sa capacité d'accueil très réduite.

Tableau 2 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2018

		Guadeloupe ¹	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	1 097	997	747 ²	2 076	352	198 393
	Psychiatrie	292	298	105	430	10	54 242
	SSR	683	527	145	801	0	103 394
	SLD	165	134	30	95	0	30 657
Places	MCO	187	145	85	301	49	32 667
	Psychiatrie	199	88	50	216	0	29 057
	SSR	156	59	75	475	0	13 488
Population en 2018 (en milliers)		432	369	288	862	260	64 725

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

1. En Guadeloupe, la baisse de capacités d'accueil en MCO due à l'incendie du CHU de Pointe-à-Pitre fin novembre 2017 a été partiellement compensée par une délocalisation temporaire d'activité sur deux autres sites en 2018.

2. Le nombre de lits de MCO de la Guyane a été corrigé. Pour 2017, il était de 710.

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

Sources > DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

Tableau 3 Nombre de lits et de places installés pour 100 000 habitants au 31 décembre 2018

		Guadeloupe ¹	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	254	270	260 ²	241	135	307
	Psychiatrie	68	81	37	50	4	84
	SSR	158	143	50	93	0	160
	SLD	38	36	10	11	0	47
Places	MCO	43	39	30	35	19	50
	Psychiatrie	46	24	17	25	0	45
	SSR	36	16	26	55	0	21

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

1. En Guadeloupe, la baisse de capacités d'accueil en MCO due à l'incendie du CHU de Pointe-à-Pitre fin novembre 2017 a été partiellement compensée par une délocalisation temporaire d'activité sur deux autres sites en 2018.

2. Le nombre de lits de MCO de la Guyane a été corrigé. Pour 2017, il était de 259 pour 100 000 habitants.

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

Sources > DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

Dans tous les DROM, l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est bien plus faible qu'en métropole. La Guadeloupe est le département où cette activité est la plus développée (4,3 journées pour 100 habitants en 2018), devant la Martinique, La Réunion, et la Guyane (respectivement, 3,6, 3,6 et 1,9 journées), en raison de son taux d'équipement en places plus élevé que dans les autres DROM. À Mayotte, aucune place n'est disponible dans cette discipline.

SSR : beaucoup d'hospitalisations complètes en Guadeloupe et d'hospitalisations partielles à La Réunion

En hospitalisation complète en moyen séjour (SSR), le nombre de séjours rapporté à la population métropolitaine est de 1,6 pour 100 habitants. Il est supérieur en Guadeloupe (2,6), tandis qu'en Martinique, il en est proche (1,3). L'hospitalisation en SSR est en revanche nettement moins développée à La Réunion (0,8 séjours pour 100 habitants) et en Guyane (0,3).

Tableau 4 Activité des établissements de santé, pour 100 habitants en 2018

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

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

1. L'indicateur a été corrigé. Pour 2017, il s'élevait à 11,5.

2. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

3. L'indicateur a été corrigé. Pour 2017, il s'élevait à 10,1.

Note > L'activité comptabilisée est celle des établissements situés sur ces aires. Les hospitalisations des habitants des DROM effectuées en métropole apparaissent dans la colonne France métropolitaine.

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

Sources > ATI, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2018, traitements DREES ; DREES, SAE 2018, traitements DREES, pour la psychiatrie ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

Tableau 5 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2018

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
MCO	5,3	6,1	6,6	4,9	6,0	5,5
Psychiatrie	25,9	53,1	32,5	30,0	9,1	29,0
SSR ¹	21,2	30,2	54,0	36,7	-	31,6

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

1. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

En hospitalisation partielle, c'est à La Réunion que l'activité de SSR rapportée à la population est nettement supérieure à la moyenne métropolitaine (14,9 journées, contre 6,4 pour 100 habitants). Elle l'est également davantage en Guadeloupe et en Guyane (respectivement 10,1 journées et 7,0 journées pour 100 habitants), les taux d'équipement en places étant plus élevés. En revanche, l'activité d'hospitalisation partielle en SSR demeure peu élevée en

Martinique et absente à Mayotte, où aucune capacité d'accueil en moyen séjour n'existe.

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

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les données sur la Guadeloupe incluent les deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Les capacités d'accueil et l'activité concernent l'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2018.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

Définitions

- > **Établissements de santé** : voir fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé ».
- > **Lits, places, hospitalisation complète, hospitalisation partielle** : voir fiche 02, « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».
- > **Durée moyenne de séjour** : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre de séjours observé pour l'hospitalisation de plus d'un jour (appelée ici hospitalisation complète).
- > **Statuts juridiques des établissements** : les établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

Pour en savoir plus

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

Médecine, chirurgie,
obstétrique
et odontologie

En dix ans, le nombre de lits en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) a diminué de 22 000. Dans le même temps, sous l'impulsion du virage ambulatoire, les capacités d'hospitalisation à temps partiel se sont développées (près de 10 000 places supplémentaires). Entre 2017 et 2018, l'activité d'hospitalisation complète se replie, tandis que l'hospitalisation partielle continue d'augmenter. Les durées moyennes de séjour se stabilisent.

Entre 2008 et 2018, le nombre de lits dédiés aux activités de MCO en court séjour a diminué de 22 000, pour atteindre 204 000 lits en 2018. Cette diminution des capacités en hospitalisation complète s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -8 % pour les établissements publics, contre -17 % pour les cliniques privées et -7 % pour les établissements privés à but non lucratif. Cependant, ces écarts d'évolution ont une incidence réduite sur la répartition globale des lits entre les différents secteurs : en 2018, les établissements publics concentrent 69 % du total des lits en MCO, contre 66 % en 2006.

33 000 places d'hospitalisation partielle en MCO en 2018

Le développement de l'hospitalisation partielle est particulièrement important en MCO. En 2018, plus de 33 000 places sont destinées à ce mode de prise en charge, contre 21 000 en 2006. Un peu plus d'un tiers d'entre elles sont des places de chirurgie ambulatoire ou d'anesthésie situées dans les établissements privés à but lucratif, et un peu moins d'un tiers, des places de médecine situées dans les hôpitaux publics (*tableau 1*).

Une progression plus modérée que par le passé de l'hospitalisation partielle

Parallèlement aux capacités d'accueil, la prise en charge en hospitalisation partielle (sans nuitée), mesurée en nombre de séjours, est très dynamique depuis une dizaine d'années et a augmenté de 28,4 % tous secteurs confondus entre 2008 et 2017, sous l'impulsion du virage ambulatoire en chirurgie. Sur longue période, la progression de

l'hospitalisation partielle concerne davantage les cliniques privées.

En 2018, l'hospitalisation partielle en court séjour continue de progresser à un rythme légèrement plus élevé qu'en 2017 (2,8 %, contre 2,3 % en 2017), pour atteindre 7,9 millions de séjours (*tableau 2*). L'essor de la chirurgie ambulatoire (+4,7 % en 2018) est sensible dans tous les secteurs. En 2018, un peu moins des deux tiers des séjours de chirurgie ambulatoire sont réalisés dans les cliniques privées.

Les prises en charge ambulatoires en médecine progressent de 1,7 % en 2018, après 0,5 % en 2017. En revanche, les séjours d'hospitalisation complète en médecine baissent de 0,3 % en 2018, après une légère hausse de 0,1 % en 2017. La médecine reste toutefois l'activité principale des établissements publics : 70,4 % de l'ensemble de leurs séjours (en hospitalisation partielle et complète) relèvent de cette discipline (*graphique 1*).

Baisse du nombre de séjours en hospitalisation complète

Le nombre de séjours en hospitalisation complète (comprenant au moins une nuitée) s'établit à 10,2 millions en 2018 (-1,2 %, après -0,9 % en 2017). Cette baisse concerne surtout les cliniques privées (-2,8 %), tandis que dans les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif, elle n'est respectivement que de -0,8 % et -0,5 % (*tableau 2*).

Dans tous les établissements, la diminution du nombre de séjours de chirurgie en hospitalisation complète se poursuit en 2018. Elle reste plus marquée dans le secteur privé à but lucratif (-5,0 %) que dans

les établissements publics (-2,3 %), si bien que les hospitalisations chirurgicales à temps complet sont plus nombreuses dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées pour la quatrième année consécutive. En médecine, l'hospitalisation complète est relativement stable en 2018 (-0,3 %) après +0,1 %

en 2017. Cette stabilité reflète non seulement celle observée dans les établissements publics (-0,4 %), qui prennent en charge plus des trois quarts de ces séjours, mais aussi celle des établissements privés à but lucratif ou non (0,0 % pour les deux statuts d'établissements).

Tableau 1 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2018 selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	98 431	10 293	10 347	1 490	14 838	1 515	123 616	13 298
Chirurgie	29 057	5 446	5 748	1 800	27 600	11 591	62 405	18 837
Gynécologie-obstétrique	12 341	1 057	1 181	77	4 119	165	17 641	1 299
Total	139 829	16 796	17 276	3 367	46 557	13 271	203 662	33 434

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de séjours en 2018 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2018 (en milliers)	Évolution 2017-2018 (en %)	2018 (en milliers)	Évolution 2017-2018 (en %)	2018 (en milliers)	Évolution 2017-2018 (en %)	2018 (en milliers)	Évolution 2017-2018 (en %)
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	5 023	-0,4	527	0,0	1 007	0,0	6 558	-0,3
dont séjours de techniques peu invasives	406	1,7	73	2,4	275	3,0	754	2,2
Séjours classés en chirurgie	1 290	-2,3	244	-1,0	1 156	-5,0	2 689	-3,4
Séjours classés en obstétrique	670	-0,1	70	-2,3	190	-4,5	930	-1,2
Total	6 983	-0,8	841	-0,5	2 352	-2,8	10 177	-1,2
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	2 184	1,5	413	3,5	1 942	1,7	4 539	1,7
dont séjours de techniques peu invasives	667	-0,1	248	1,4	1 701	1,0	2 616	0,8
Séjours classés en chirurgie	860	4,6	283	7,9	1 965	4,3	3 108	4,7
Séjours classés en obstétrique	214	0,2	11	-7,3	38	-2,9	263	-0,6
Total	3 259	2,2	707	5,1	3 944	2,9	7 911	2,8

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique) se fait dorénavant à partir des CAS (catégories d'activités de soins, établies sur le 3^e caractère du GHM) depuis les données 2012. Concernant les séjours de chirurgie, ils sont repérés avec un acte classant opératoire. La médecine regroupe, en plus des séjours sans acte classant, les techniques peu invasives.

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

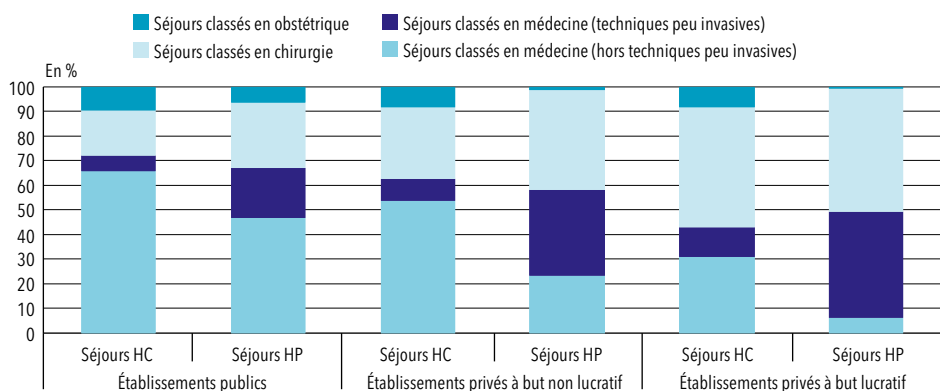
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2017-2018, traitements DREES.

Stabilisation de la durée moyenne de séjour

En 2018, la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est de 5,5 jours, durée stable par rapport à 2017 (*graphique 2*). C'est dans les hôpitaux publics que la DMS est la plus longue (6,0 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (4,2 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, eux,

une position intermédiaire (5,5 jours). Ces différences peuvent s'expliquer, en partie, par la diversité de la patientèle et des prises en charge. Les écarts sont notables en chirurgie (DMS de 6,7 jours dans le secteur public, contre 4,0 jours dans les établissements privés à but lucratif). En obstétrique, en revanche, les différences sont moins marquées : 4,3 jours dans le secteur public, contre 4,1 jours dans le privé à but non lucratif. ■

Graphique 1 Répartition des séjours en MCO selon le statut de l'établissement en 2018

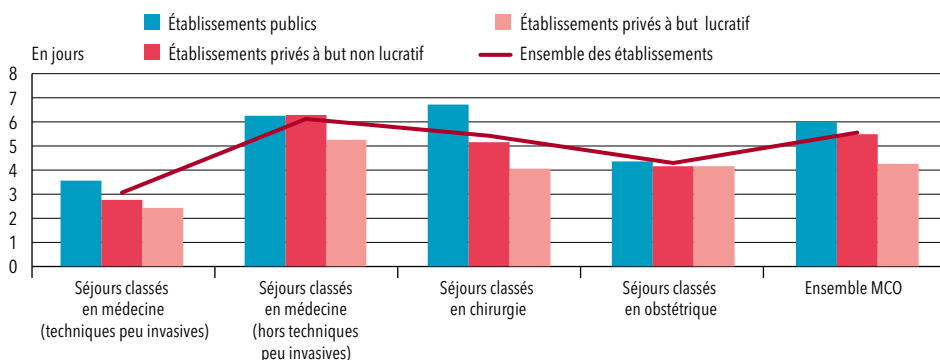


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO selon le statut de l'établissement en 2018



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2018 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit les capacités en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle.

Définitions

> **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont connues *via* la SAE et réparties en fonction des caractéristiques de l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil à l'hôpital »).

> **Classement des séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)** : il se fonde, dans cette fiche et les cinq suivantes, sur le calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il est classé en obstétrique ; l'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour est qualifié de médical.

> **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins de un jour** : dans cette fiche, un séjour d'une durée inférieure à un jour (c'est-à-dire sans nuitée) en MCO est classé en hospitalisation de moins de un jour, encore appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée supérieure à un jour (c'est-à-dire comprenant au moins une nuitée) est classé en hospitalisation de plus de un jour, également dénommée hospitalisation complète (voir annexe 2, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »).

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

Les enfants de moins de 1 an, les femmes en âge de procréer et surtout les personnes de 65 ans ou plus sont les plus touchés par des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). En moyenne, un patient est hospitalisé 1,5 fois dans l'année.

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

Trois âges de la vie sont particulièrement affectés par des hospitalisations plus fréquentes (*graphique 1*). En 2018, 380 300 séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) correspondent à des hospitalisations de nourrissons, soit 2,1 % des séjours à temps complet et partiel, alors qu'ils ne représentent que 1,1 % de la population. Le deuxième pic d'hospitalisation est lié à la grossesse et concerne les femmes en âge de procréer, entre 15 et 44 ans. Néanmoins, c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement : 40 % des séjours en MCO concernent des personnes de 65 ans ou plus. Par ailleurs, les taux d'hospitalisation des hommes en MCO sont plus élevés que ceux des femmes avant 15 ans et à partir de 50 ans.

En moyenne, 1,5 séjour dans l'année par patient hospitalisé

Depuis 2001, il est possible de suivre les différents séjours hospitaliers d'un même patient à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En 2018, le nombre de patients hospitalisés en MCO en France métropolitaine et dans les DROM a ainsi été évalué à 11,6 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 6,4 millions de femmes et 5,2 millions d'hommes. Ainsi, 17 % de la population française sont hospitalisés au moins une fois dans l'année en MCO, les 83 % restants n'étant pas hospitalisés ou hospitalisés ailleurs qu'en MCO. Un patient est hospitalisé en moyenne 1,5 fois au cours de l'année. En effet, si la majorité des patients (71 %) ne sont hospitalisés qu'une seule fois, 18 % l'ont été deux fois et 11 % trois fois ou plus.

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

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

Parmi les plus de 3 millions d'hospitalisations réalisées en Île-de-France en 2018, 7,8 % concernent des personnes originaires d'autres régions, essentiellement limitrophes. Ainsi, 1,8 % des patients viennent des Hauts-de-France (58 000 patients), 1,6 % de la région Centre-Val de Loire (51 000 patients) et 0,9 % de Normandie (29 000 patients). Cela s'explique notamment par la forte attractivité de Paris et du Val-d'Oise pour les habitants de l'Oise, ou encore du département des Yvelines pour les habitants d'Eure-et-Loir et de l'Eure. De la même manière, 6,7 % des personnes hospitalisées dans les Pays de la Loire (68 000 patients) ne résident pas dans cette région. Les établissements de la Sarthe s'avèrent en effet particulièrement attractifs pour les habitants de l'Orne et d'Eure-et-Loir, et ceux de Maine-et-Loire pour les habitants des Deux-Sèvres.

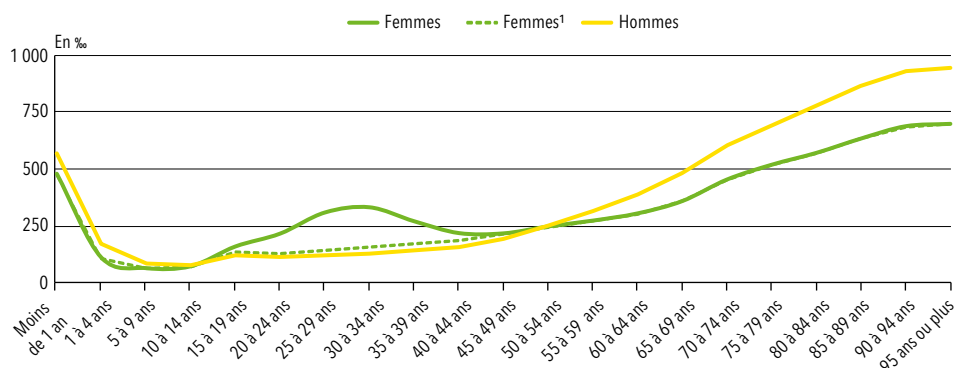
Nourrissons et personnes âgées sont principalement pris en charge par les hôpitaux publics

La prise en charge médicale des gastro-entérites et des affections du tube digestif constitue un exemple de la différenciation du recours aux hôpitaux publics et aux cliniques privées selon l'âge. Pour ces pathologies, plus de neuf nourrissons et

enfants en bas âge sur dix sont reçus par les hôpitaux publics (graphique 3). La part de ces établissements diminue progressivement ensuite et s'établit aux alentours de 58 % pour les patients âgés de 25 à 84 ans. Pour cette même tranche d'âge, les cliniques privées à but lucratif accueillent moins d'un tiers des patients. Au-delà de 84 ans, la part des hôpitaux publics dans l'accueil des patients atteints de ces pathologies augmente de nouveau. Cette répartition, caractéristique de la spécialisation des établissements par

type de patientèle, se confirme en analysant l'ensemble des recours à l'hôpital par groupe d'âge : aux deux périodes extrêmes de la vie, les séjours pour soins aigus sont surtout réalisés dans le secteur public. Toutes pathologies confondues, la part des enfants de moins de 5 ans pris en charge par le secteur public s'élève à 79 % (89 % pour les moins de 1 an) et celle des personnes âgées de 85 ans ou plus à 70 %, alors qu'elle n'est que de 57 % toutes classes d'âge confondues. ■

Graphique 1 Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée (MCO) des établissements de santé en 2018



MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

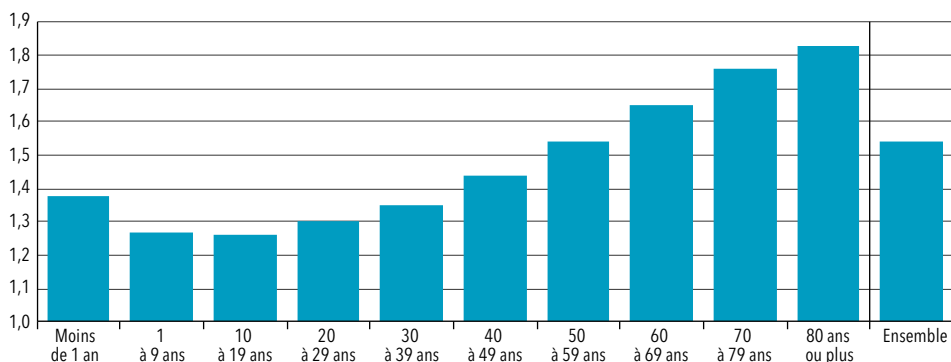
1. Sont exclues les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10^e révision).

Note > Le taux d'hospitalisation correspond au nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants, comprenant les hospitalisations de jour (sauf les séances) et les hospitalisations complètes (au moins une nuitée).

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES ; Insee, estimation au 1^{er} janvier 2018.

Graphique 2 Nombre moyen d'hospitalisations des personnes hospitalisées en 2018, par classe d'âge

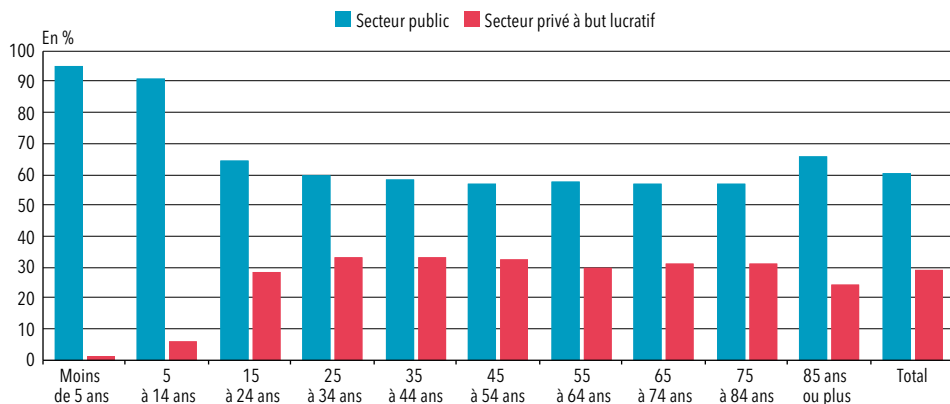


Note > Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère sont exclus.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES.

Graphique 3 Prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2018, dans les secteurs public et privé à but lucratif



Lecture > 95,0 % des gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge par le secteur public, contre 1,2 % par le secteur privé à but lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2018 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

Définitions

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

En 2018, selon la classification internationale des maladies (10^e révision, CIM-10), les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients (tous âges et tous sexes confondus) hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en France, sont les maladies de l'appareil digestif, suivies par les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. Cette hiérarchie des motifs d'hospitalisation varie toutefois selon l'âge et le sexe.

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

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

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

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

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

Dans la classe d'âge des 15-44 ans, les motifs de recours les plus fréquents sont liés à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, qui représentent

38 % des séjours féminins, soit 25 % pour l'ensemble de la classe d'âge.

Si l'on exclut ces séjours liés à la fécondité, les recours les plus nombreux relèvent des maladies de l'appareil digestif (22 %). Suivent les lésions dues aux traumatismes et autres causes externes (10 %), puis les séjours pour surveillance, prévention ou autres facteurs influant sur l'état de santé (9 %), ceux pour maladies de l'appareil génito-urinaire (9 %), puis ceux pour maladie ostéo-articulaire (8 %). La part des recours pour maladie de l'appareil digestif est similaire pour les hommes et les femmes (22 %). Pour ces dernières, les maladies de l'appareil génito-urinaire représentent le deuxième motif de recours hors maternité (12 %), juste devant les recours pour surveillance ou prévention (12 %). Pour les hommes, les deuxième et troisième motifs de recours¹ sont les traumatismes (16 %) et les maladies du système ostéo-articulaire (10 %).

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

Entre 45 et 74 ans, les recours les plus fréquents, tous sexes confondus, sont liés aux maladies de l'appareil digestif (15 %) et aux tumeurs (15 %), puis à celles de l'appareil circulatoire (11 %), du système ostéo-articulaire (9 %) et aux bilans de symptômes ou examens anormaux (7 %).

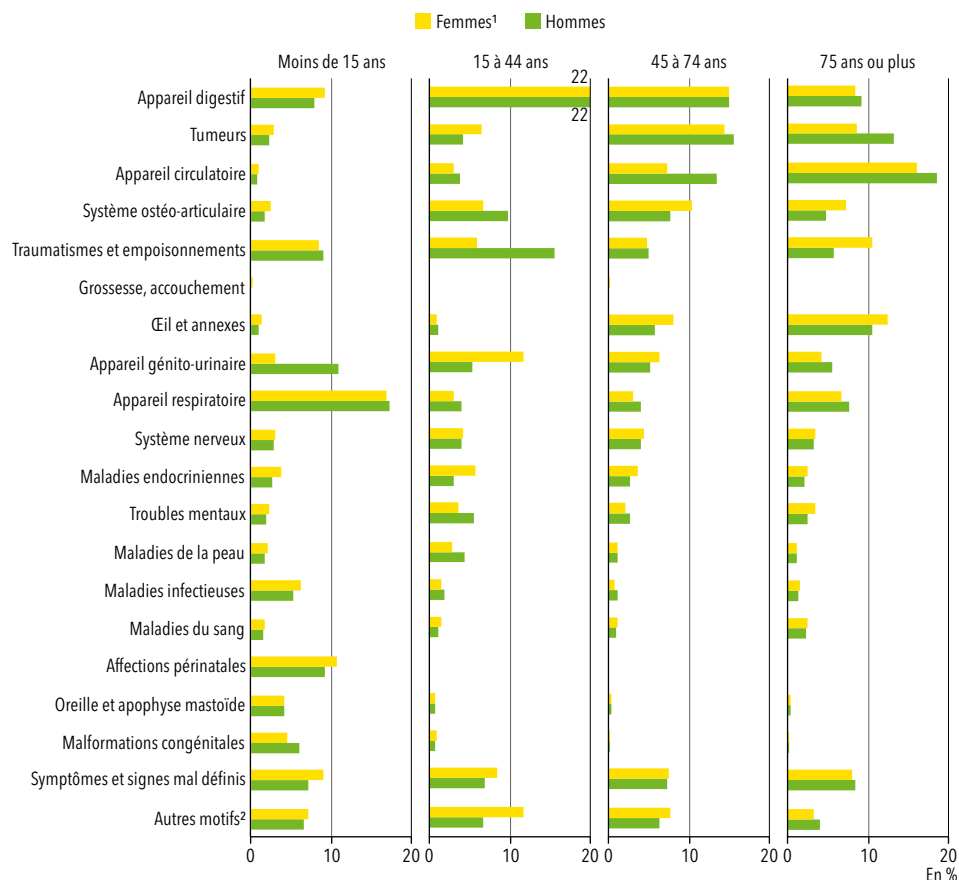
Pour les femmes de cette classe d'âge, les motifs d'hospitalisation en court séjour les plus fréquents

1. Voir encadré Sources et méthodes.

sont les pathologies digestives (15 %) et tumorales (14 %), suivies par les maladies du système ostéo-articulaire (10 %). Viennent ensuite les séjours pour affections de l'œil et de ses annexes (8 %), pour surveillance, prévention ou autres motifs (8 %),

pour bilans de symptômes ou examens anormaux (8 %) et pour maladies de l'appareil circulatoire (7 %). Pour les hommes, les tumeurs sont le premier motif de recours (16 %), suivies par les maladies de l'appareil digestif (15 %), de l'appareil

Graphique 1 Répartition des séjours annuels dans les services de soins de courte durée (MCO) selon la pathologie traitée, l'âge et le sexe du patient en 2018



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

1. Après exclusion des séjours liés à la maternité (chapitre XV de la CIM-10).

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

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES.

circulatoire (14 %), du système ostéo-articulaire (8 %), et par les bilans pour symptômes ou résultats anormaux d'examens (7 %).

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

Chez les plus âgés, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital (17 %). Les maladies de l'œil et de ses annexes représentent le deuxième motif de recours à l'hospitalisation (12 %), juste devant les tumeurs (11 %). Elles sont suivies par les recours pour maladies de l'appareil digestif (9 %), pour traumatismes ou autres lésion

de cause externe (8 %), et par ceux pour exploration de symptômes ou d'anomalies d'examen (8 %).

Pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 16 % des recours et celles de l'œil, 12 %. Les lésions traumatiques, empoisonnements ou autres conséquences de causes externes, plus nombreux à ces âges, arrivent en troisième place (11 %), suivis par les recours pour tumeurs (9 %) ou maladies de l'appareil digestif (8 %).

Pour les hommes, les causes d'hospitalisations les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (19 %), devant les tumeurs (13 %), les motifs ophtalmologiques (11 %), digestifs (9 %) et les recours pour symptômes ou anomalies d'examen (8 %). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé, y compris le service de santé des armées (SSA), ayant fonctionné en 2018 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors séances et séjours des nouveau-nés en bonne santé restés auprès de leur mère.

Source

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997, pour chaque séjour réalisé.

Méthodologie

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal retenu dans chaque séjour hospitalier ou, lorsque le diagnostic principal relève du chapitre XXI de la classification internationale des maladies de l'organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM-10) (« Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé »), à partir du diagnostic relié s'il est renseigné. Dans leur niveau agrégé, utilisé dans le graphique, les groupes de pathologies correspondent aux chapitres de la CIM-10. Ces derniers réunissent les maladies, soit dans des agrégats les regroupant selon leur siège anatomique ou leur unité fonctionnelle (maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'œil et de ses annexes, etc.), soit dans des agrégats étiologiques (tumeurs, certaines maladies infectieuses et parasitaires). Le champ de l'ORL se trouve, par exemple, réparti entre les chapitres « Tumeurs », « Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde » et « Maladies de l'appareil respiratoire ». Par ailleurs, les symptômes et signes n'aboutissant pas à un diagnostic précis sont regroupés dans un chapitre intitulé « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ». Afin de faciliter les comparaisons entre sexes, les séjours liés à la maternité et à la fécondité (chapitre XV de la CIM-10), dont le poids s'avère élevé pour les femmes de 15-44 ans, ont été exclus du graphique présentant la distribution des séjours par chapitre.

Définition

> **Diagnostic principal** : il est défini dans le PMSI-MCO comme étant le problème de santé qui a motivé l'hospitalisation du patient, déterminé à la fin de celle-ci. Il est codé à l'aide de la CIM-10.

Pour en savoir plus

- > Données sur la morbidité hospitalière disponibles sur le site data.drees, www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique État de santé et morbidité.
- > **Bourdillon, F., Fourcade, N., von Lennep, F. et al. (dir.)** (2017) *L'état de santé de la population en France*. (Rapport). Paris, France : DREES - Santé publique France. Voir Principales causes de décès et de morbidité. Taux d'hospitalisation en court séjour et principaux motifs de recours.
- > **de Peretti C.** (2020). Motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et principales évolutions survenues depuis 2010. DREES, *Études et Résultats*, à paraître.
- > **Mouquet, M.-C.** (2015, août). Hospitalisation de court séjour : quels motifs de recours en 2013 ? DREES, *Études et Résultats*, 928.
- > **Mouquet, M.-C. et Oberlin, P.** (2013, novembre). L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008. Résultats détaillés. DREES, *Document de travail*, série Études et Recherche, 128.

La spécialisation des établissements de santé selon leur statut juridique s'est poursuivie au cours des dernières années. L'activité de médecine est réalisée à 65 % dans les établissements publics, à 27 % dans les cliniques privées et à 8 % dans les établissements privés à but non lucratif. Les cliniques privées privilégient les séjours médicaux de courte durée, notamment pour la pratique des endoscopies, actes médicaux les plus fréquents dans ces établissements.

En 2018, les deux tiers des séjours médicaux sont réalisés dans le secteur public

La part du secteur public est majoritaire dans l'activité de médecine prise dans son ensemble (65 %), comme pour quasiment tous les domaines d'activité (*graphique 1*). Le poids du secteur public est d'ailleurs supérieur à 85 % pour des prises en charge aussi diverses que celles liées à la toxicologie, aux intoxications et à l'alcool, aux affections du système nerveux, aux pathologies psychiatriques traitées hors des services de psychiatrie et aux maladies infectieuses (dont le VIH). Le domaine dans lequel le poids du secteur public est le plus faible est celui des pathologies de l'appareil digestif, en raison de la part prépondérante des endoscopies réalisées en majorité dans les cliniques privées à but lucratif (*tableau 1*). La part de l'ambulatoire (séjours de moins de un jour) dans l'activité médicale des établissements publics n'est que de 30 %, notamment du fait de la complexité des cas traités (voir fiche 09, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacité », *tableau 2*).

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

Un quart des séjours médicaux ont lieu dans les cliniques privées à but lucratif (27 %). Celles-ci prennent en charge 70 % des endoscopies digestives, 46 % des endoscopies génito-urinaires, 49 % des endoscopies bronchiques et 47 % des endoscopies oto-rhino-laryngologiques (ORL). En définitive, environ 1,2 million d'endoscopies sont réalisées

dans les cliniques privées, ce qui représente 42 % de l'activité médicale de ces établissements.

En dehors des endoscopies, le poids des cliniques privées est aussi très important dans la prise en charge des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (40 %, ce qui représente 8 % de leur activité médicale). Lorsqu'ils sont interventionnels, et donc à visée thérapeutique, ils consistent souvent à mettre en place des endoprothèses vasculaires, c'est-à-dire des stents placés dans les coronaires et les autres vaisseaux.

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

Pour chaque domaine d'activité, la part respective des différents secteurs varie selon l'âge des patients, le secteur public accueillant surtout les jeunes enfants et les personnes les plus âgées (voir fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle »).

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

Seuls 8 % des séjours médicaux relèvent du secteur privé à but non lucratif, dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC) représentent une part importante. L'activité de médecine des établissements privés à but non lucratif se concentre ainsi principalement sur les chimiothérapies et radiothérapies réalisées en hospitalisation complète (27 % des prises en charge), la prise en charge

des douleurs chroniques et des soins palliatifs (19 % des prises en charge) et les pathologies hématologiques, notamment les greffes de moelle osseuse, dont ils assurent 18 % des prises en charge. La part de l'ambulatoire dans l'activité médicale des établissements privés à but non lucratif s'élève à 44 %.

Volumes d'activité et parts de prises en charge par secteur sont globalement stables

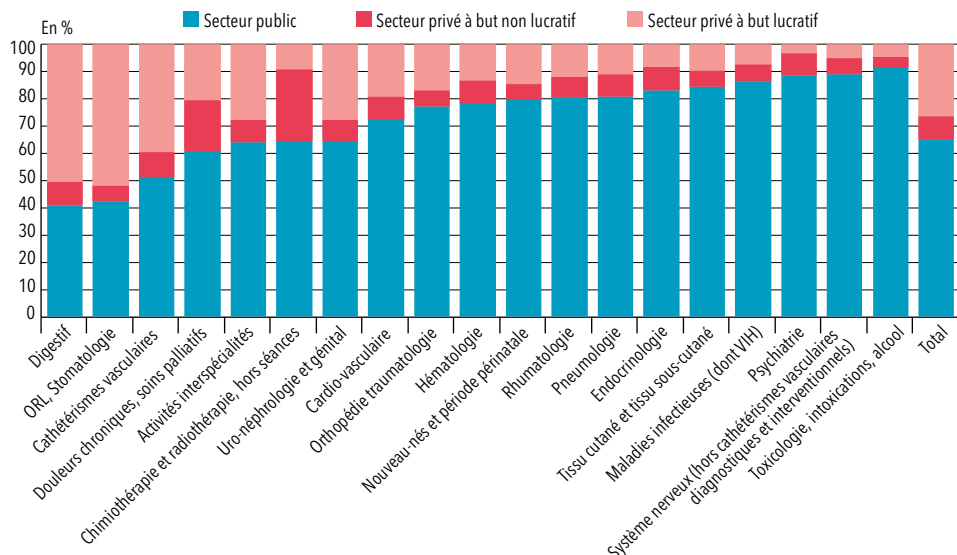
Hospitalisations complètes et partielles confondues, le nombre de séjours de médecine augmente de 0,9 % en 2018 (tableau 1). Les évolutions restent cependant contrastées suivant les spécialités : la hausse du nombre de séjours atteint ainsi 4,9 % pour les prises en charge des douleurs chroniques et les soins palliatifs, 4,8 % pour les cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels et 3,0 % pour la pneumologie (dont les prises

en charge pour infections respiratoires, qui progressent de 7,2 %).

La légère hausse du nombre de séjours de médecine en 2018 reste portée par le développement de la médecine ambulatoire, avec une progression de 1,9 % du nombre d'hospitalisations de moins de un jour. Cette progression est constatée dans tous les secteurs : +3,5 % pour le privé à but non lucratif, +2,0 % pour le privé lucratif et +1,5 % pour le public.

Entre 2017 et 2018, le poids des différents secteurs est globalement stable, toutes prises en charge médicales confondues. Cependant, la part du secteur public continue d'augmenter (+7 points en 2018, après +6 points en 2017) pour les injections de toxine botulique (en ambulatoire) pour le traitement des complications de certaines maladies neurologiques graves, au détriment principalement du secteur privé à but non lucratif. ■

Graphique 1 Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2018



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

Lecture > 40,9 % de l'activité médicale digestive est prise en charge par le secteur public, contre 50,3 % par le secteur privé à but lucratif et 8,8 % par le secteur privé à but non lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES.

Tableau 1 Répartition des prises en charge médicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2018

	Nombre de séjours ¹	Évolution 2017-2018 (en %)	Part des établissements publics (en %)	Part des établissements privés à but non lucratif (en %)	Part des établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble de l'activité médicale	11 096 213	0,9	65,0	8,5	26,6
Système digestif, dont :	2 700 800	1,1	40,9	8,8	50,3
endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	1 097 677	1,2	19,6	9,8	70,6
symptômes digestifs	232 593	2,7	74,4	7,1	18,5
Cardiologie, dont :	955 389	0,9	72,2	9,0	18,9
cardiopathies, valvulopathies	232 493	-0,4	80,5	6,9	12,7
troubles du rythme/conduction	105 903	-2,1	72,3	6,9	20,8
Activités interspécialités	945 287	2,0	63,9	8,3	27,8
Pneumologie, dont :	941 365	3,0	81,2	7,8	11,1
infections respiratoires	367 139	7,2	83,7	7,0	9,3
bronchites, bronchiolites et asthme	190 967	-0,6	87,6	5,9	6,6
Système nerveux, dont :	788 942	-3,9	89,0	6,3	4,8
accidents vasculaires cérébraux	183 390	0,7	91,5	4,7	3,9
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	645 459	0,9	64,7	7,7	27,6
infections des reins et des voies urinaires, lithiases	189 745	2,2	76,7	7,2	16,1
endoscopies génito-urinaires avec ou sans anesthésie	104 646	-2,1	44,1	9,7	46,2
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	595 436	4,8	51,3	9,0	39,7
ORL, stomatologie	564 895	0,6	42,3	6,0	51,7
Endocrinologie, dont :	386 996	0,1	83,2	8,7	8,2
diabète	94 837	-1,3	86,4	7,5	6,1
troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	139 432	3,2	77,5	8,2	14,3
Toxicologie, intoxications, alcool	366 035	0,9	91,3	4,3	4,4
Rhumatologie, dont :	354 294	-1,6	80,5	7,7	11,8
maladies osseuses et arthropathies	178 610	-2,2	77,3	7,2	15,6
Hématologie	322 310	1,7	78,1	8,8	13,2
Psychiatrie, dont :	307 088	1,1	88,5	8,4	3,1
névroses, psychoses et autres troubles mentaux	166 848	1,4	92,3	4,8	2,9
Tissu cutané et tissu sous-cutané	240 100	0,4	84,8	5,7	9,5
Chimiothérapie, radiothérapie (hors séances)	213 884	-2,8	64,5	26,6	8,9
Douleurs chroniques, soins palliatifs	205 091	4,9	61,1	18,6	20,4
Orthopédie traumatologie	188 403	1,0	77,5	5,7	16,8
Nouveau-nés	128 090	-0,3	80,1	5,5	14,4
Maladies infectieuses (dont VIH)	127 230	0,0	86,5	6,4	7,1

1. Sont inclus uniquement les séjours avec un diagnostic renseigné. En 2018, 518 séjours n'ont pas de diagnostic renseigné en médecine.

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) est réalisé à partir des catégories d'activité de soins (CAS), établies sur le troisième caractère du groupe homogène de malades (GHM). Seuls les domaines d'activité réunissant plus de 100 000 séjours sont présentés ici.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2017-2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2018 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les techniques peu invasives (environ 3,4 millions de séjours) sont ici intégrées aux séjours de médecine. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère (environ 654 000 séjours) et des mort-nés (environ 7 000 séjours) sont exclus.

Source

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

Méthodologie

> **Domaines d'activité** : les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers, regroupées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), permettent de définir près de 2 600 groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chaque patient. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégorie est souvent nécessaire. La classification utilisée ici, qui regroupe les GHM en groupes d'activité, les groupes d'activité en groupes de planification et les groupes de planification en domaines d'activité, a été réalisée par l'ATIH. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

Définitions

> **Identification des séjours de médecine** : voir fiche 09, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités ».

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

Pour en savoir plus

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

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

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

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

Bien qu'ils ne totalisent que 37 % de l'activité de chirurgie en 2018, les hôpitaux publics prennent en charge la quasi-exclusivité de certains domaines d'activité les plus complexes (*graphique 1*), notamment la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (97 %), les transplantations d'organes (96 %) ou la chirurgie réparatrice après brûlures (96 %), dont les greffes de peau. Les autres interventions majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, comme la chirurgie du système nerveux central (89 %) [*tableau 1*].

Par ailleurs, si une intervention d'ophtalmologie sur quatre est réalisée dans les établissements publics, cette part est beaucoup plus élevée pour les interventions lourdes (43 %), comme celles sur l'orbite (64 %). De la même manière, en chirurgie orthopédique, la part du secteur public est de 37 %, mais elle s'élève à 60 % pour les amputations. En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements publics n'est que de 40 % (voir fiche 09 « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacité », *tableau 2*).

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

La chirurgie est l'activité principale des établissements privés à but lucratif. Ceux-ci prennent en charge 54 % des séjours chirurgicaux en 2018. La part des cliniques privées est prépondérante dans plusieurs domaines d'activité : elle atteint

notamment 70 % pour les interventions des tissus cutanés et sous-cutanés, 67 % pour les interventions ophtalmologiques et 57 % pour la chirurgie ORL et stomatologique. Les cliniques privées réalisent aussi 73 % des arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires, 70 % de la chirurgie de la cataracte, 69 % des circoncisions hospitalisées, 68 % des chirurgies de la main et du poignet, et 62 % des amygdalectomies, ablations des végétations et poses de drains transtympaniques. Contrairement aux établissements publics, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est majoritaire (63 %), du fait d'une plus grande spécialisation dans des interventions peu complexes.

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

En 2018, les établissements privés à but non lucratif assurent 9 % du total de l'activité chirurgicale. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer (CLCC). C'est pourquoi, comme pour la médecine (voir fiche 12, « La spécialisation en médecine »), l'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses. Ces établissements réalisent 15 % de l'activité de chirurgie gynécologique et 33 % des traitements chirurgicaux des tumeurs malignes du sein. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale atteint 54 %.

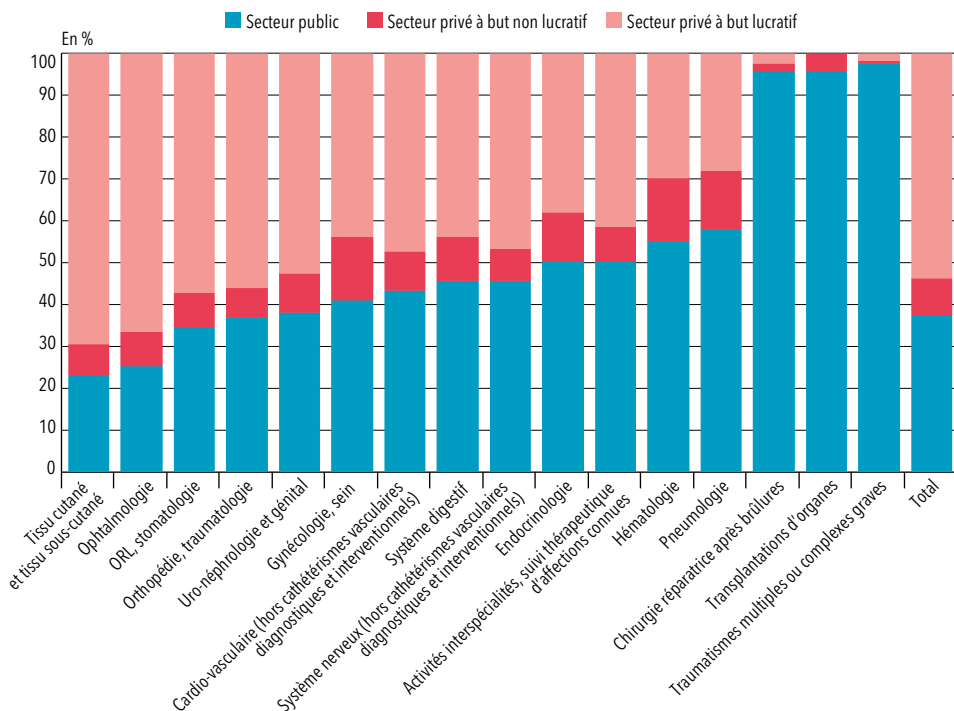
Le volume de séjours reste porté par l'ambulatoire en 2018

En 2018, le nombre global de séjours chirurgicaux continue d'augmenter, à un rythme cependant ralenti (+0,9 %, après +1,2 % en 2017),

mais des évolutions contrastées sont observées selon les domaines d'activité. Ainsi, l'activité reste dynamique pour la chirurgie ophtalmologique (+3,6 %) et pour la chirurgie gynécologique et du sein (+2,2 %). À l'inverse, le nombre de séjours chirurgicaux diminue sensiblement en endocrinologie (-7,4 %) et en transplantation d'organes (-6,1 %). La hausse globale des volumes d'activité est portée par une croissance forte de la chirurgie ambulatoire (+4,9 %), quel que soit le secteur (+4,6 % pour le secteur privé à but lucratif, +7,9 % pour le privé à but non lucratif et +4,6 % pour le public), tandis que le nombre de séjours d'hospitalisation complète

diminue (-3,2 %). Ces évolutions n'affectent pas la répartition des séjours entre secteurs, qui reste stable entre 2017 et 2018, toutes activités chirurgicales confondues. Toutefois, pour les interventions de chirurgie d'orthopédie traumatologie, et plus particulièrement de chirurgie sur le tissu mou pour tumeurs malignes, la part du secteur public continue de baisser (-4 points en 2018) en faveur principalement du secteur privé à but non lucratif, contrairement à la chirurgie réparatrice après brûlures, pour laquelle la part du secteur public poursuit sa progression (+2 points en 2018, après +3 points en 2017), au détriment du secteur privé à but non lucratif. ■

Graphique 1 Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2018



Lecture > 24,9 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 66,9 % par le secteur privé à but lucratif et 8,2 % par le secteur privé à but non lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES.

Tableau 1 Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2018

	Nombre de séjours ¹	Évolution 2017-2018 (en %)	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble de l'activité chirurgicale	5 797 176	0,9	37,1	9,1	53,8
Orthopédie et traumatologie, dont :	1 573 409	0,7	36,7	7,1	56,2
chirurgie main, poignet	377 002	1,1	25,5	6,7	67,8
chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur, genou)	373 295	1,7	43,9	8,4	47,7
arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	253 073	-0,5	19,8	7,1	73,1
chirurgie du membre supérieur	115 561	-1,0	59,3	5,2	35,5
amputations	12 953	-0,6	59,7	7,5	32,8
Ophtalmologie, dont :	1 065 617	3,6	24,9	8,2	66,9
cataractes	883 734	4,0	22,1	8,1	69,8
chirurgie ophtalmique lourde	84 286	1,7	43,3	7,9	48,8
Système digestif, dont :	751 554	0,0	45,4	10,8	43,9
hernies	225 065	1,2	39,9	11,0	49,1
cholécystectomies	115 825	-0,2	47,8	9,7	42,5
appendicectomies	68 153	0,9	65,4	6,9	27,7
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	532 110	1,9	37,9	9,6	52,6
chirurgie transurétrale, autres	236 008	3,4	41,0	10,1	48,9
circoncisions	91 392	-0,5	24,5	6,5	69,1
Gynécologie - sein, dont :	506 758	2,2	40,8	15,3	44,0
chirurgie utérus/annexes	174 264	2,2	48,2	8,7	43,2
chirurgie pour tumeurs malignes du sein	80 257	1,8	30,1	32,8	37,1
ORL, stomatologie, dont :	357 607	-2,3	34,6	8,2	57,2
amygdalectomie, ablation des végétations, et pose de drains transtympaniques	149 502	-6,3	29,8	8,3	61,9
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	316 987	-0,1	43,4	9,0	47,6
Tissu cutané et tissu sous-cutané	197 452	-0,7	22,4	7,7	69,8
Chirurgie interspécialités	181 289	-0,3	50,4	8,2	41,4
Système nerveux, dont :	173 659	1,3	45,6	7,8	46,6
chirurgie rachis/moelle	133 107	1,5	33,5	8,5	58,0
chirurgies SNC (système nerveux central)	27 683	0,2	88,7	5,4	5,9
Endocrinologie	59 112	-7,4	50,0	12,2	37,9
Pneumologie	38 134	1,2	57,8	14,3	27,9
Hématologie	28 386	-0,6	54,8	15,0	30,2
Traumatismes multiples ou complexes graves	6 451	2,0	97,5	1,0	1,5
Transplantations d'organes	5 538	-6,1	96,1	3,9	0,0
Chirurgie réparatrice après brûlures	3 113	0,4	95,7	2,1	2,2

1. Sont inclus uniquement les séjours avec un diagnostic renseigné. En 2018, 132 séjours n'ont pas de diagnostic renseigné en chirurgie.

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) est réalisé à partir des catégories d'activité de soins (CAS), établies sur le troisième caractère du groupe homogène de malades (GHM).

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2017-2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2018 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances.

Source

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

Méthodologie

> **Domaines d'activité** : les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent de définir près de 2 600 groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chaque patient. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégorie est souvent nécessaire. La classification utilisée ici, qui regroupe les GHM en groupes d'activité, les groupes d'activité en groupes de planification et les groupes de planification en domaines d'activité, a été réalisée par l'ATIH. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

Définitions

> **Identification des séjours de chirurgie** : voir fiche 09, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités ».

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

Pour en savoir plus

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

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

En 2018, en France métropolitaine et dans les DROM, 1,2 million de séjours ont eu lieu en obstétrique. Les accouchements, dont le nombre a diminué de plus de 8 000 entre 2017 et 2018, représentent 63 % de ces séjours. 71 % d'entre eux se déroulent dans les hôpitaux publics, qui prennent également en charge une part élevée des affections ante et post-partum et des interruptions volontaires de grossesse.

Forte prédominance des établissements publics en obstétrique

Les hôpitaux publics réalisent 74 % de l'activité d'obstétrique et 71 % des accouchements (*tableau 1*). La majeure partie des accouchements par voie basse avec complications (80 %) ont lieu dans le secteur public. Cette situation résulte de la spécialisation des maternités : la plus grande partie des maternités de type 2b et 3, destinées à prendre en charge les accouchements à risque pour la patiente ou le nouveau-né, appartiennent au secteur public (voir fiche 24, « La naissance : les maternités »).

Les établissements publics accueillent également 78 % des affections ante-partum, parmi lesquelles comptent principalement des complications de la grossesse. Ces séjours représentent 16 % de l'activité obstétricale de l'ensemble des établissements. Les affections post-partum, elles, sont prises en charge à hauteur de 80 % par les établissements publics, mais représentent seulement 1 % de l'activité obstétricale, tous établissements confondus.

Les interruptions médicales de grossesse (IMG) interviennent lorsque le fœtus est atteint d'une affection particulièrement grave et incurable, ou que la grossesse met en jeu la vie de la mère ; elles peuvent être réalisées tout au long de la grossesse. Les IMG sont considérées comme des accouchements à partir de 22 semaines d'aménorrhée (SA) et comme des avortements pour raison médicales avant ce seuil. Les interruptions de grossesse avant 22 SA (IMG ou fausses couches spontanées) sont prises en charge dans le secteur public dans 68 % des cas. En outre, 67 % d'entre elles se font en ambulatoire (séjour de moins d'un jour).

Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont des avortements réalisés à la demande de la femme,

sans avoir à en justifier le motif. Elles sont autorisées jusqu'à 14 SA (ou 12 semaines de grossesse). La quasi-totalité des IVG réalisées à l'hôpital le sont en ambulatoire (98 %). La part du secteur public y est prépondérante, puisqu'il prend en charge 87 % d'entre elles (voir fiche 27 « Les interruptions volontaires de grossesse »).

19 % de l'activité d'obstétrique réalisée dans les cliniques privées

Au fil des années, la part des accouchements pratiqués dans le secteur privé à but lucratif a progressivement baissé, pour s'établir à 21 % en 2018 (27 % en 2009). Ce secteur réalise 22 % des accouchements par voie basse sans complication, 13 % des accouchements par voie basse avec complications et 23 % des accouchements par césarienne. Les cliniques privées prennent aussi en charge 26 % des IMG, mais seulement 10 % des IVG. Les établissements privés à but non lucratif ont, eux, un poids très faible dans le domaine obstétrical, et ne prennent en charge que 7 % de l'ensemble des séjours d'obstétrique.

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

Entre 2017 et 2018, la part des établissements publics dans l'ensemble des activités obstétricales a continué de progresser (+0,6 points, après +0,9 points en 2017), essentiellement au détriment des cliniques privées. Cette évolution concerne aussi bien les accouchements par voie basse que les IMG. Elle est également très marquée pour les IVG, pour lesquelles la part du secteur public progresse de 1,4 points en 2018, là encore principalement au détriment de celle des cliniques privées. ■

Tableau 1 Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le groupe d'activité en 2018

	Nombre de séjours ¹	Évolution 2017-2018 (en %)	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble des activités obstétricales	1 193 334	-0,9	74,1	6,8	19,1
Accouchements², dont :	750 905	-1,1	70,6	8,1	21,2
accouchements par voie basse sans complication	533 524	-1,6	69,8	8,4	21,8
accouchements par voie basse avec complications	69 132	6,7	80,5	6,8	12,7
accouchements par césarienne	148 249	-2,4	69,1	7,7	23,2
Affections ante-partum	192 880	-2,6	78,4	4,7	16,9
Affections post-partum	15 269	5,4	80,3	7,5	12,3
Interruptions médicales de grossesse³ ou fausses couches spontanées	65 616	3,4	67,7	6,3	26,0
Interruptions volontaires de grossesse	168 664	-0,1	86,7	3,4	9,9

1. Dans le tableau sont inclus uniquement les séjours avec un diagnostic renseigné. En 2018, 68 séjours n'ont pas de diagnostic renseigné en obstétrique.

2. Y compris accouchements hors établissements et transférés en service obstétrique (environ 4 000 en 2018).

3. Avant 22 semaines d'aménorrhée.

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

Sources > ATI, PMSI-MCO 2017-2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2018 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés ici, car ils ne relèvent pas de l'obstétrique mais de l'activité de médecine.

Source

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATI), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

Définitions

> **Identification des séjours d'obstétrique** : voir fiche 09, « Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie : activité et capacités ».

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

Pour en savoir plus

- > **Arnault, S. et Exertier, A.** (2009). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Buisson, G.** (2003, mars). Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. DREES, *Études et Résultats*, 225.
- > **Evain, F.** (2013, octobre). Hospitalisation de court séjour. Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011. DREES, *Études et Résultats*, 854.
- > **Fresson, J., Vanhaesebrouck, A. et Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.
- > **Lombardo, P.** (2008, octobre). La spécialisation des établissements de santé en 2006. DREES, *Études et Résultats*, 664.
- > **Vilain, A.** (2019, septembre). 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1125.

Les autres disciplines hospitalières

La psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques dans les soins, prises en charge récurrentes et diversifiées, nombreuses structures extrahospitalières, etc. L'offre de soins en établissements de santé pour la psychiatrie s'organise autour de trois types de prise en charge. Le premier correspond au temps complet, reposant essentiellement sur les 55 000 lits d'hospitalisation à temps plein. Le second est le temps partiel, s'appuyant principalement sur les 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit. Le troisième est l'ambulatoire, la prise en charge la plus courante, réalisée majoritairement dans l'un des 3 100 centres médico-psychologiques.

Une offre de soins majoritairement publique et spécialisée

En 2018, 617 établissements de santé ont répondu à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour la prise en charge hospitalière en psychiatrie. Plus de la moitié d'entre eux appartiennent au secteur public, qui dispose de 67 % des capacités d'hospitalisation à temps complet ou partiel (lits et places) et de la quasi-totalité de l'offre ambulatoire de psychiatrie (tableau 1). L'autre moitié des établissements répondant à la SAE se répartit à parts égales entre les cliniques privées, qui, pour l'essentiel, prennent en charge une activité d'hospitalisation à temps plein, et les établissements privés à but non lucratif.

62 % des établissements dispensant des soins psychiatriques sont spécialisés en psychiatrie, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline (monodisciplinaires). C'est le cas de la quasi-totalité des établissements privés à but lucratif ayant une activité de psychiatrie. En revanche, les établissements pluridisciplinaires sont en grande majorité des établissements publics.

Une prise en charge ambulatoire réalisée en grande partie dans les centres médico-psychologiques

En 2018, plus de 21 millions d'actes de psychiatrie ont été réalisés en soins ambulatoires, particulièrement

dans les 4 901 lieux de prise en charge que constituent les unités de consultation des services et les centres médico-psychologiques (CMP¹), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire.

Toutefois, les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux. Ainsi, 14 % des actes sont réalisés dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), 6 % à domicile ou en institutions substitutives au domicile, 5 % en unités d'hospitalisation somatique, 2 % en établissements sociaux et médico-sociaux, et 0,5 % en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile (PMI).

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

En 2018, la prise en charge à temps partiel repose sur 29 000 places en hôpital de jour et de nuit, auquel il convient d'ajouter l'activité des 273 ateliers thérapeutiques. Au total, l'hospitalisation partielle comptabilise 5,0 millions de journées. Elle représente 64 % des prises en charge pour la psychiatrie infanto-juvénile, contre 17 % en psychiatrie générale. Les places en hôpital de jour et en hôpital de nuit représentent 75 % des capacités d'accueil en hospitalisation (lits et places) en psychiatrie infanto-juvénile, contre 25 % en psychiatrie générale.

1. En regroupant les centres médico-psychologiques ouverts moins de 5 jours par semaine (19 % des structures) et ceux ouverts 5 jours ou plus par semaine (81 % des structures).

Tableau 1 Capacités d'accueil et activité en psychiatrie en 2018

	Psychiatrie générale (GEN)				Psychiatrie infanto-juvénile (INF)				Ensemble de la psychiatrie (GEN + INF)
	Établissements publics	Établissements privés		Total	Établissements publics	Établissements privés		Total	
		à but non lucratif	à but lucratif			à but non lucratif	à but lucratif		
Prises en charge à temps complet									
Hospitalisation à temps plein									
Nombre de lits	31 971	6 673	13 954	52 598	1 643	376	309	2 328	54 926
Nombre de journées	10 289 119	2 074 609	4 857 731	17 221 459	376 947	86 193	90 749	553 889	17 775 348
Accueil familial thérapeutique									
Nombre de places	2 427	182	-	2 609	682	48	-	730	3 339
Nombre de journées	586 854	47 013	-	633 867	128 563	5 918	-	134 481	768 348
Accueil en centre de postcure									
Nombre de lits	587	612	307	1 506	-	-	-	-	1 506
Nombre de journées	144 996	148 285	98 548	391 829	-	-	-	-	391 829
Accueil en appartement thérapeutique									
Nombre de places	820	202	-	1 022	-	-	-	-	1 022
Nombre de journées	203 586	47 064	-	250 650	-	-	-	-	250 650
Hospitalisation à domicile									
Nombre de places	468	42	15	525	22	-	-	22	547
Nombre de journées	102 270	11 670	5 484	119 424	6 033	-	-	6 033	125 457
Accueil en centre de crise¹									
Nombre de places	432	34	20	486	43	8	-	51	537
Nombre de journées	116 888	9 264	9 765	135 917	10 965	2 090	-	13 055	148 972
Prises en charge à temps partiel									
Hôpital de jour									
Nombre de places	13 552	3 464	1 666	18 682	7 516	1 738	137	9 391	28 073
Nombre de journées	2 307 746	599 458	538 235	3 445 439	903 364	280 848	23 926	1 208 138	4 653 577
Hôpital de nuit									
Nombre de places	729	203	155	1 087	70	30	7	107	1 194
Nombre de nuitées	59 777	48 606	26 659	135 042	3 922	2 558	95	6 575	141 617
Atelier thérapeutique									
Nombre de structures	179	14	1	194	78	1	-	79	273
Nombre de journées	124 143	26 332	717	151 192	28 113	1 666	-	29 779	180 971
Prises en charge ambulatoire									
Centre médico-psychologique (CMP)									
Nombre de CMP	1 565	215	-	1 780	1 203	169	-	1 372	3 152
Nombre d'actes	7 888 516	984 519	-	8 873 035	3 697 223	557 847	-	4 255 070	13 128 105
Unité de consultation des services									
Nombre d'unités	1 120	133	-	1 253	458	38	-	496	1 749
Nombre d'actes	1 503 693	138 846	-	1 642 539	444 784	25 996	-	470 780	2 113 319
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)									
Nombre de structures	1 003	123	-	1 126	632	57	-	689	1 815
Nombre d'actes	1 984 225	311 422	-	2 295 647	681 701	76 053	-	757 754	3 053 401
Autres formes de prise en charge ambulatoire²									
Nombre d'actes	2 437 218	323 416	-	2 760 634	309 354	20 303	-	329 657	3 090 291

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

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

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

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

Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ont beaucoup diminué. Cette baisse est toutefois devenue plus modeste depuis 2007, et le nombre de lits installés s'établit à 55 000 en 2018, pour 17,8 millions de journées (18,0 millions de journées en 2017).

Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes de prises en charge à temps complet existent, essentiellement en psychiatrie générale. Ainsi, en 2018, les établissements de santé déclarent disposer de 7 000 lits ou places en accueil familial thérapeutique, centres de post-cure, appartements thérapeutiques, hospitalisation à domicile, centres de crise et structures d'accueil d'urgence. Dans ces structures, 1,7 million de journées de prises en charge ont été réalisées, soit 9 % de l'activité à temps complet en psychiatrie.

Des taux d'équipement variables selon les départements

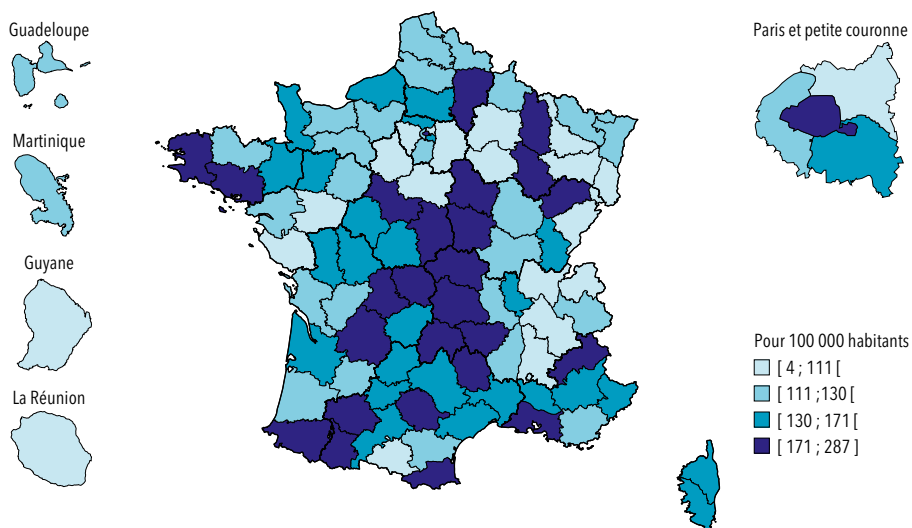
La densité nationale moyenne d'équipement en lits et places pour la prise en charge à temps complet ou partiel est de 137 pour 100 000 habitants en 2018. Elle varie de 4 places ou lits pour 100 000 habitants à Mayotte, à 287 pour 100 000 habitants dans l'Allier (carte 1). Elle apparaît plus élevée dans les départements ruraux du centre de la France.

L'offre de soins ambulatoires présente également de fortes disparités départementales (carte 2). Elle varie de 2 structures pour 100 000 habitants à Mayotte, à 29 structures pour 100 000 habitants en Lozère.

La psychiatrie pénitentiaire : deux types de lieux de prise en charge

Les soins psychiatriques pour les personnes placées sous main de justice sont principalement effectués dans une unité sanitaire au sein d'un établissement pénitentiaire. 162 unités sanitaires en milieu

Carte 1 Densité de lits et de places pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel en psychiatrie en 2018



Note > Les capacités comptabilisées ici sont : l'hospitalisation à temps plein, l'accueil familial thérapeutique, l'accueil en centre de postcure, en appartement thérapeutique, l'hospitalisation à domicile, l'accueil en centre de crise, l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation de nuit. Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

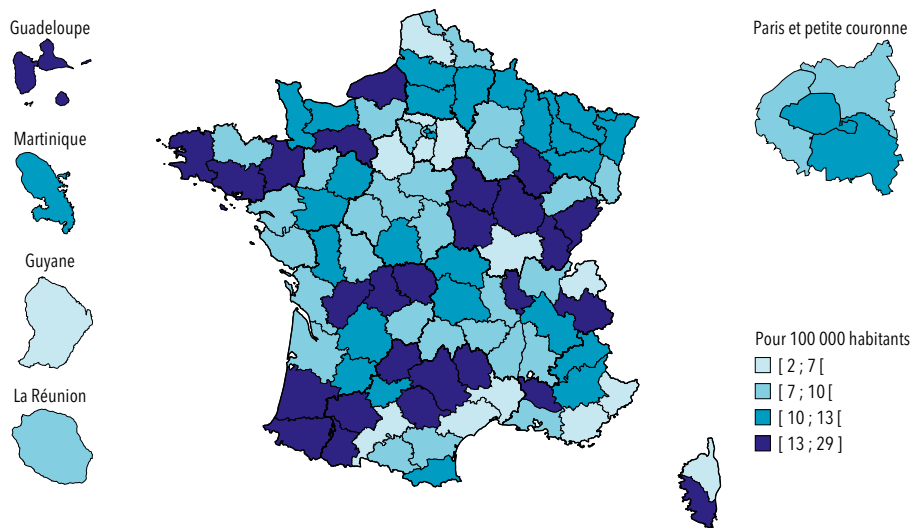
Sources > DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

pénitentiaire (USMP) dispensent ainsi des soins ambulatoires, dont 109 ont effectué des consultations ou des actes en psychiatrie en 2018. Les détenus peuvent aussi bénéficier d'une hospitalisation de jour dans l'un des 28 services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

En cas de nécessité, la prise en charge à temps complet en psychiatrie se déroule au sein d'un établissement hospitalier, dans une unité hospitalière

spécialement aménagée (UHSA). Dans le cadre de l'article D398² du Code de procédure pénale, l'hospitalisation peut aussi avoir lieu dans une unité pour malades difficiles (UMD) ou encore dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie, notamment dans l'attente d'un transfert vers une UHSA. Au total, les capacités d'accueil en hospitalisations à temps plein sont de 441 lits en 2018, dont 94 % se trouvent au sein des neuf UHSA (tableau 2). ■

Carte 2 Densité de lieux de prise en charge ambulatoire en psychiatrie en 2018



Note > Les prises en charge ambulatoires considérées ici sont celles des centres médico-psychologiques, des unités de consultation et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

2. Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le représentant de l'État du département où se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement de santé habilité.

Tableau 2 Offre de soins et activité d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie pour les personnes détenues en 2018

Formes de prise en charge à temps complet	Nombre d'entités géographiques	Capacités d'accueil (en lits)	Activité (en journées)	Durée moyenne de séjour (en journées)
Hospitalisation à temps plein, dont :	15	441	121 507	28
UHSA	9	415	117 647	30
autres formes ponctuelles	6	26	3 860	10

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée ; autres formes ponctuelles : unités transitoires d'accueil avant admission dans une UHSA ou un retour en détention, en services médico-psychologiques régionaux (SMPR), unités pour malades difficiles (UMD) ou unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP).

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie générale ou en infanto-juvénile et ayant fonctionné en 2018 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Le secteur pénitentiaire est dissocié des autres secteurs de psychiatrie.

Source

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

Méthodologie

> **Mode d'interrogation des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie** : les entités géographiques ne répondent pas toutes directement à la SAE. Dans le public, une entité géographique est choisie au sein de chaque entité juridique pour transmettre les réponses de tous les établissements du département, en plus des siennes. Dans le privé, si l'entité juridique regroupe des établissements sur plusieurs départements, une entité géographique est choisie dans chaque département pour répondre au nom de tous les autres établissements géographiques. En revanche, l'entité juridique est directement interrogée dans le cas où tous ses établissements sont implantés dans le même département, et elle répond pour tous ses établissements géographiques. Ainsi, 617 établissements ont répondu à la SAE, couvrant au total près de 4 750 entités géographiques. Certaines de ces entités géographiques peuvent proposer simultanément plusieurs formes de prise en charge (hospitalisation à temps plein, ateliers thérapeutiques, unités de consultation, etc.). On dénombre ainsi environ 10 000 lieux de prise en charge en psychiatrie.

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

Définitions

- > **Psychiatrie générale** : prise en charge des adultes de plus de 16 ans.
- > **Psychiatrie infanto-juvénile** : prise en charge des enfants et adolescents.
- > **Psychiatrie pénitentiaire** : détenus de plus de 16 ans.

Pour en savoir plus

- > **Bénamouzig, D. et Ulrich, V. (coord.)** (2016, avril-juin). L'organisation des soins en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2.
- > **Coldefy, M. et Gandré, C. (dir)** (2020). *Atlas de la santé mentale*. Paris, France : Irdes, série Atlas, 7.
- > **Coldefy, M. et Le Neindre, C.** (2014, décembre). Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. (Rapport Irdes, 558).
- > Des données sur l'offre de soins en psychiatrie sont disponibles sur le site atlasanté : <https://www.atlasante.fr/accueil>
- > Glossaire des structures sur le site Psycom, rubrique Soins, accompagnement et entraide, Glossaire des structures.

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur en santé publique. En 2018, 2,1 millions de patients ont été pris en charge en ambulatoire et 425 000 à temps complet ou partiel dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie. L'analyse montre l'existence de populations aux besoins distincts et la persistance de disparités géographiques.

Des patients principalement pris en charge en ambulatoire

En 2018, sur l'ensemble des patients, adultes et enfants, soignés au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie, la très grande majorité bénéficie d'une prise en charge ambulatoire (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions). Le taux de recours aux soins ambulatoires (3 121 patients pour 100 000 habitants) est cinq fois plus élevé qu'en hospitalisation à temps complet ou partiel (633 patients pour 100 000 habitants) [cartes 1 et 2¹].

Néanmoins, le taux de recours présente de fortes disparités départementales². Ainsi, en ambulatoire, il est compris entre 261 pour 100 000 habitants en Guyane et 5 124 pour 100 000 dans la Manche. Le nombre de patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel varie de 43 pour 100 000 habitants en Guyane à 1 070 dans la Creuse.

Davantage de séjours à temps complet qu'à temps partiel

Parmi les 425 000 patients pris en charge à temps complet ou à temps partiel en 2018, il y a autant d'hommes que de femmes (tableau 1). L'âge moyen des patients est de 42 ans. Il varie selon le type de prise en charge : 44,0 ans pour une prise en charge à temps complet, contre 37,7 ans à temps partiel.

La prise en charge à temps complet concerne 340 000 patients pour un total de 18,3 millions de journées. Une large part de ce volume d'activité

(92 %) relève des hospitalisations à temps plein (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions), dont la durée moyenne d'hospitalisation est de 54 jours par an.

Les patients pris en charge à temps complet ou partiel proviennent en majorité de leur domicile. Toutefois, près d'une hospitalisation sur quatre résulte d'un passage aux urgences, en unités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou de psychiatrie. Parmi les séjours terminés en 2018, 90 % se clôturent par un retour au domicile, 5 % par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique, 3 % par un transfert vers une unité de MCO ou de soins de suite et de réadaptation (SSR), et 2 % par un accueil dans une structure médico-sociale.

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

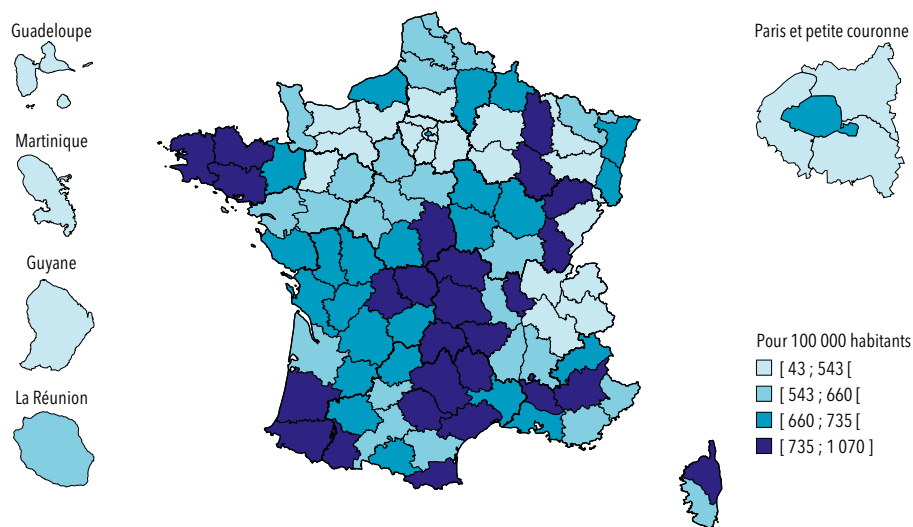
Les patients suivis en ambulatoire sont relativement jeunes : près d'un patient sur quatre est âgé de 16 ans ou moins et un sur deux a moins de 40 ans. En 2018, près de trois quarts des actes réalisés sont des entretiens et 58 % sont effectués en centre médico-psychologique (CMP). Ils peuvent également avoir lieu en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP, 13 %), au domicile du patient³ (6 %), en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence, 5 %), en établissement pénitentiaire (4 %), ou encore dans d'autres lieux (13 %).

1. Contrairement aux éditions antérieures de cet ouvrage, les cartes présentent des taux de recours des patients d'un département, c'est-à-dire le nombre de patients résidant dans un département ayant eu recours à un type de prise en charge au cours de l'année rapporté à la population totale du département de résidence. Les éditions antérieures présentaient un nombre de patients (quel que soit leur lieu de résidence) pris en charge par un établissement du département rapporté à la population du département.

2. Hors Mayotte (voir encadré Sources et méthodes, partie Champ).

3. Y compris les institutions substitutives au domicile que sont les appartements protégés et les placements familiaux non sanitaires.

Carte 1 Nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel en 2018

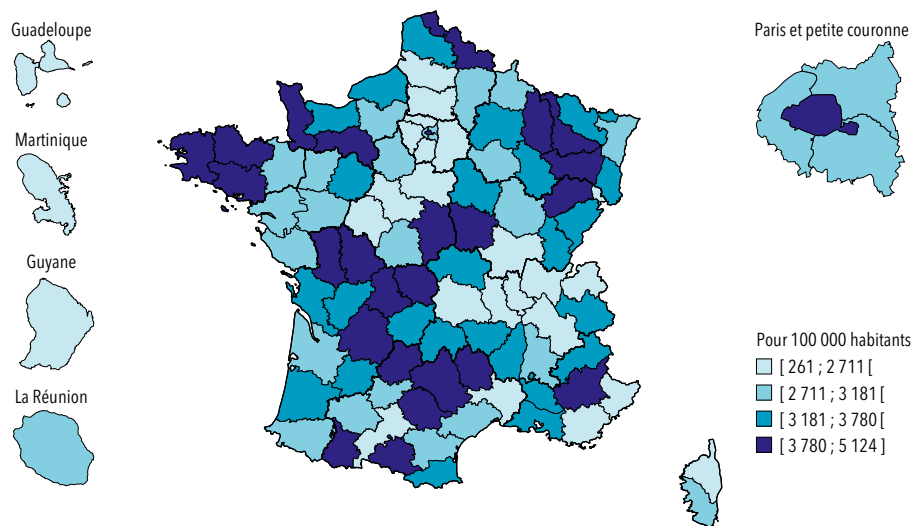


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, RIM-P 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

Carte 2 Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires en 2018



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, RIM-P 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

Un patient bénéficie en moyenne de 11 actes, dont 39 % sont réalisés par des infirmiers, 23 % par des médecins et 16 % par des psychologues.

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

Parmi l'ensemble des diagnostics principaux (CIM-10⁴), les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1), la schizophrénie (F2), les troubles de l'humeur (F3) et les troubles névrotiques (F4) sont les principales causes de prises en charge à temps complet ou partiel (graphique 1). Le diagnostic de la schizophrénie correspond au motif de recours le plus fréquent chez les hommes

(25 %), tandis que les femmes sont davantage prises en charge pour un diagnostic de troubles de l'humeur (38 %). En ambulatoire, les motifs de recours sont plus disparates et sont davantage associés à des diagnostics relatifs aux facteurs influant sur l'état de santé (dont les difficultés liées aux conditions socio-économiques et psychosociales).

Des prises en charge spécifiques pour les enfants et adolescents

Les patients âgés de 16 ans ou moins sont majoritairement pris en charge en ambulatoire, davantage que les adultes. En 2018, les établissements ont pris

Tableau 1 Caractéristiques des patients et de leur suivi en établissement psychiatrique en 2018

	Ensemble des patients	Psychiatrie pour enfants et adolescents (≤ 16 ans) ¹	Psychiatrie adulte (>16 ans) ¹
Prise en charge à temps complet ou à temps partiel²			
Nombre de patients	425 125 ³	45 223	381 975
Proportion d'hommes (en %)	51	65	50
Nombre de journées	23 700 897	1 681 900	22 018 998
Part de journées d'hospitalisation partielle (en %)	20	64	17
Durée moyenne de prise en charge à temps complet des patients (journées/an)	55,7	35,4	56,7
Prise en charge ambulatoire			
Nombre de patients	2 111 322 ⁴	467 932	1 653 748
Proportion d'hommes (en %)	50	62	47
Nombre d'actes ambulatoires	22 187 286	5 558 714	16 628 572
Part d'actes réalisés en centres médico-psychologiques (en %)	59	73	55
Nombre moyen d'actes	10,5	11,9	10,1

1. Dans le RIM-P, les prises en charge sont classées selon l'âge des patients et non en fonction de la spécialisation du service (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie pénitentiaire).
2. Hors patients pour lesquels la clé de chaînage (numéro anonyme créé à partir du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe de chaque patient) contient une erreur.
3. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes, parce qu'au cours de l'année 2018, 2 073 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prise en charge en hospitalisation.
4. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes, parce qu'au cours de l'année 2018, 10 358 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prise en charge en ambulatoire.
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte), y compris le SSA.
Source > ATIH, RIM-P 2018, traitements DREES.

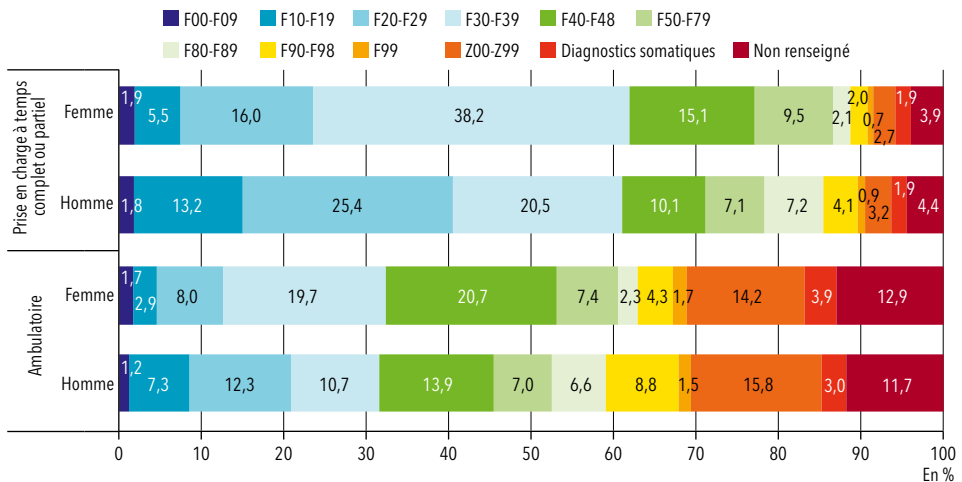
4. Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision. Les troubles mentaux sont codés de F00 à F99.

en charge 45 000 enfants et adolescents à temps partiel ou à temps complet et 468 000 en ambulatoire, solution favorisée pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial. Ces jeunes patients suivis en ambulatoire sont plus souvent des garçons (62 %). Ils ont bénéficié de 5,6 millions d'actes, réalisés essentiellement par des psychologues, médecins psychiatres ou pédopsychiatres et personnels de rééducation. Ces actes ont lieu

en CMP dans 73 % des cas. Les troubles du comportement et troubles émotionnels de l'enfance et de l'adolescence constituent le motif de recours le plus fréquent en ambulatoire (F9).

Pour les enfants et les adolescents, 64 % des journées relèvent du temps partiel, contre 17 % en psychiatrie adulte. Ces journées sont principalement effectuées en hospitalisation de jour pour des troubles du développement psychologique (F8). ■

Graphique 1 Répartition des patients, par sexe, selon les diagnostics principaux et la nature de la prise en charge en 2018



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

Note > Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé, 10^e révision. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale.

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

Source > ATIH, RIM-P 2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Patients pris en charge dans les établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité en psychiatrie en France métropolitaine, dans les DROM (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy, hors Mayotte) et dans le service de santé des armées (SSA), tous âges confondus. Seuls les patients pour lesquels la clé de chaînage permettant de faire le lien entre les différentes hospitalisations (numéro anonyme attribué à chaque patient,

...

...

établi à partir de son numéro d'assuré social, de sa date de naissance et de son sexe) ne contient pas d'erreur sont ici comptabilisés. 2,8 % des séjours ne sont ainsi pas pris en compte ici, du fait d'une erreur dans la clé de chaînage dans le RIM-P qui empêche de comptabiliser de manière unique chaque patient. Cela représente 3,7 % des séquences de séjours.

Sources

Le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P), mis en place en 2007, permet une description fine de la patientèle bénéficiant de soins au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie. Les volumes d'activité présentés ici et calculés à partir du RIM-P sont différents de ceux présentés dans la fiche 15, qui mobilise comme source la SAE. Ainsi sont comptabilisées près de 950 000 journées d'hospitalisation de moins qu'avec la SAE, et près de 182 000 actes ambulatoires de plus. La moindre couverture du volume d'hospitalisations par le RIM-P s'explique non seulement par l'exclusion des séjours avec une erreur dans la clé de chaînage mais aussi par le fait que le RIM-P peut être incomplet. En effet, ce recueil ne sert pas à la facturation, la psychiatrie n'étant pas soumise à la tarification à l'activité.

Définitions

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

- ambulatoire : consultation en centre médico-psychologique (CMP), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), visite à domicile, en établissement social ou médico-social, en unité d'hospitalisation somatique (y compris service d'urgence), en établissement médico-éducatif ou de protection maternelle et infantile (PMI), et en milieu scolaire.
- à temps complet : hospitalisation à temps plein, hospitalisation à domicile, séjour thérapeutique, accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de crise et centre de posture.
- à temps partiel : hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit et atelier thérapeutique.

> **Durée moyenne d'hospitalisation** : nombre de journées d'hospitalisation rapporté au nombre de patients hospitalisés.

> **Motif de recours principal** : diagnostic ayant mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant une séquence de soins. Celui-ci peut évoluer durant un séjour.

> **Séquences de séjours** : en psychiatrie, tout séjour hospitalier peut être partitionné en plusieurs séquences de séjours. Par exemple, un patient peut être pris en charge en hospitalisation à temps plein et connaître durant son séjour d'autres modalités de prises en charge adaptées à son traitement.

Pour en savoir plus

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

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

> **Coldefy, M. et Gandré, C. (dir)** (2020). *Atlas de la santé mentale*. Paris, France : Irdes, série Atlas, 7.

> Des données sur l'offre de soins en psychiatrie sont disponibles sur le site *Atlasanté* : <http://santementale.atlasante.fr/>

En 2018, 296 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont dénombrés en France. 18 100 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, ce qui représente 5,5 % des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire. Les 93 établissements associatifs ne proposant que cette forme d'hospitalisation continuent de jouer un rôle prépondérant (49 % des capacités et 50 % des journées). En matière d'activité, 213 800 séjours pour 5,6 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 5,9 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. L'HAD reste inégalement répartie sur le territoire, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine concentrant 15 % des capacités de prise en charge et 18 % des journées.

L'hospitalisation à domicile (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville : elle permet d'assurer, au lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux, afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR). L'HAD vient ainsi compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète en établissement de santé avec hébergement (voir fiche 04, « Les autres prises en charge hospitalières »).

Une légère diminution du nombre d'établissements, mais une capacité de prise en charge en progression

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD s'est peu à peu structurée et a connu un essor important à partir du début des années 2000, à la suite de la clarification de son périmètre et de son champ d'application. Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi triplé entre 2001 et 2018.

Stable de 2013 à 2016, le nombre d'établissements autorisés pour coordonner des soins d'HAD avait diminué légèrement en 2017 (300, après 313 en 2016), phénomène qui se poursuit dans une moindre mesure entre 2017 et 2018. En 2018,

296 établissements peuvent ainsi accueillir simultanément 18 100 patients en France métropolitaine et dans les DROM (*tableau 1*), ce qui représente 5,5 % des capacités d'hospitalisation complète de court et de moyen séjour disponibles sur le territoire.

Dans plusieurs secteurs territoriaux, les agences régionales de santé (ARS) ont en effet décidé de recentrer la coordination des soins d'HAD sur un nombre plus restreint d'établissements, notamment en regroupant les autorisations de soins ou en réaffectant la couverture de zones géographiques à un unique établissement ou groupement de coopération sanitaire (GCS) pouvant associer des établissements publics et privés (pour une définition des GCS, voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »).

Cette baisse du nombre d'établissements n'est donc pas la conséquence d'une fermeture de structures, mais reflète une réorganisation de la coordination des soins. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément¹ continue d'ailleurs de progresser à un rythme soutenu (+3,4 % en 2018, après +7,3 % en 2017 comme en 2016) [Mauro, 2017]. Le nombre de journées augmente également en 2018 (+7,8 % après +5,0 % en 2017).

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

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

Les établissements d'HAD appartiennent, en majorité, aux secteurs public et privé à but non lucratif. Les 122 établissements du secteur public, dont 109 sont des centres hospitaliers, représentent 25 % des capacités de prise en charge d'HAD. Parmi les 116 établissements du secteur privé à but non lucratif, 93 relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation.

Ces derniers disposent de près de la moitié des capacités de prise en charge d'HAD en France (8 900 patients pouvant être pris en charge simultanément en 2018),

mais leur poids dans l'offre d'HAD recule entre 2006 et 2018, passant de 56 % à 49 %. Le secteur privé à but lucratif, composé de 58 établissements, reste minoritaire, mais progresse régulièrement. Ainsi, entre 2006 et 2018, la part des capacités de prise en charge en HAD de ce secteur a triplé, passant de 6 % à 18 %.

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

En 2018, sur les 18 100 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire français, 3 400 se situent en Île-de-France, dont près de 2 800 dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine. Les capacités de prise en

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique en 2018

Statut juridique des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément ¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours terminés ² en 2018	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences ³ (en journées)
Secteur public	122	4 521	65,3	1 398	22	15
	13	1 336	29,0	452	16	10
	109	3 185	36,3	946	27	19
Secteur privé à but non lucratif	116	10 373	122,2	3 241	28	20
CLCC	3	243	7,3	90	13	9
Structure associative d'HAD	93	8 877	100,6	2 795	30	21
Autres	20	1 253	14,3	356	26	18
Secteur privé à but lucratif	58	3 188	26,4	932	38	24
Ensemble	296	18 082	213,8	5 571	27	19

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

1. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD reflète leur capacité de prise en charge. Le terme « places », utilisé auparavant, a été abandonné pour ne pas confondre avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.

2. Environ 199 000 séjours terminés en 2018, soit 93 % des séjours d'HAD.

3. Environ 148 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2018, soit 69 % des séjours d'HAD.

Note > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, obstétrique, odontologie et soins de suite et de réadaptation, hors psychiatrie. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Les capacités de prise en charge sont celles déclarées dans la SAE, pour réaliser l'activité d'HAD enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2018 ainsi que ceux terminés ou non en 2018. Les journées sont celles de l'année 2018 (les journées antérieures à 2018 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2018 ; DREES, SAE 2018, traitements DREES.

charge en HAD de ces deux départements représentent 15 % de l'offre de l'ensemble du territoire et la densité moyenne des capacités y est de 74 pour 100 000 habitants (*carte 1*), soit 2,7 fois plus que la moyenne nationale (27 pour 100 000 habitants). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premiers établissements créés en France à la fin des années 1950 sont l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et la fondation Santé-Service d'Île-de-France.

Les densités de capacités de prise en charge sont également élevées dans d'autres départements de France métropolitaine, comme les Landes, la Haute-Corse, la Corrèze ou le Puy-de-Dôme, avec des densités départementales supérieures à 50 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit presque deux fois plus que la moyenne nationale. Dans les DROM, la Guadeloupe et la Guyane ont des densités trois à quatre fois supérieures à la densité nationale. Aujourd'hui, l'HAD en Guyane atténue les déficits de l'offre de soins,

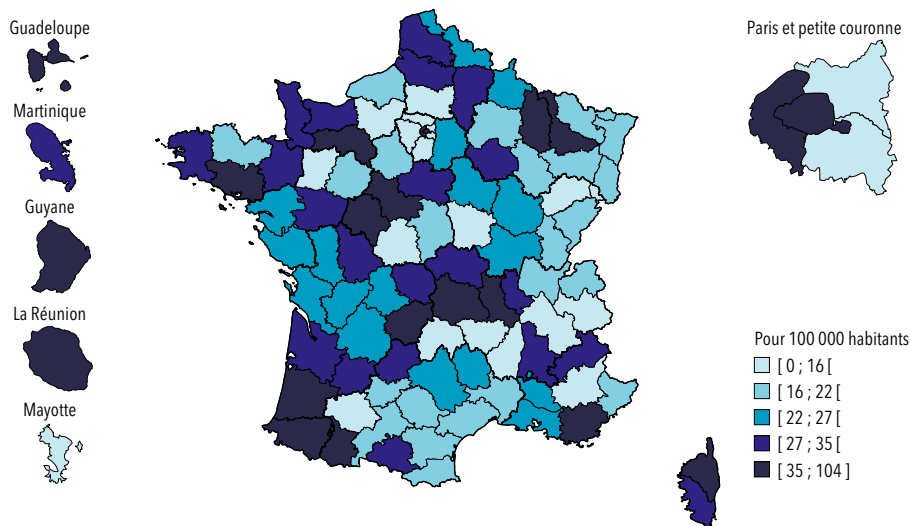
en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des lits de MCO observée depuis 1997.

À l'opposé, certains départements sont particulièrement sous-dotés en matière de capacités de prise en charge en HAD. Les départements restants d'Île-de-France (excepté la Seine-et-Marne), les Alpes-de-Haute-Provence, le territoire de Belfort, Mayotte, l'Ardèche, la Mayenne, le Cantal, l'Isère et la Haute-Saône affichent ainsi des densités départementales inférieures à 13 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit deux fois moins que la moyenne nationale.

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

En 2018, 213 800 séjours en HAD ont été réalisés pour 5,6 millions de journées (*tableau 1*), soit 5,9 % des journées d'hospitalisation complète de court et

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile par département en 2018



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les capacités de prise en charge sont représentées par le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément.

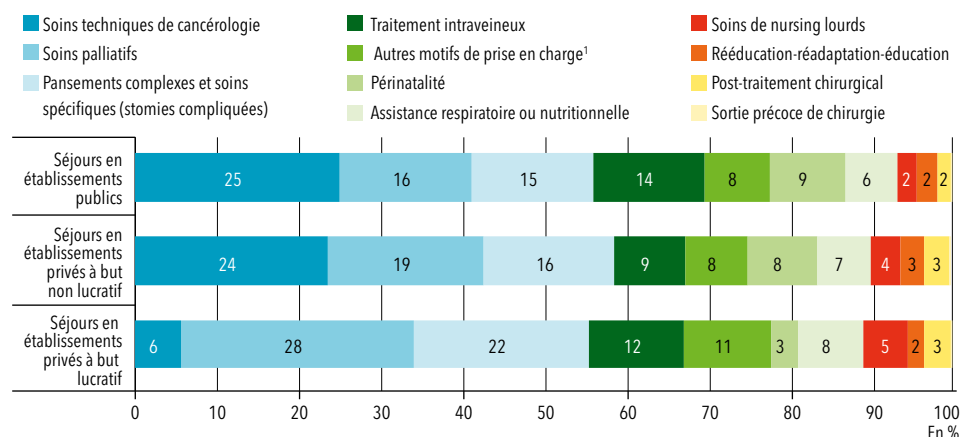
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

moyen séjour. En matière d'activité, la prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore que pour les capacités de prise en charge, avec 54 000 séjours (25 % des séjours) et 991 300 journées (18 % des journées) en 2018. Le secteur privé à but non lucratif a un poids plus important en matière d'activité qu'en matière de capacités. Il prend en charge 57 % des séjours (contre 31 % dans le public et 12 % dans le privé à but lucratif) et réalise 58 % des journées (contre 25 % dans le public et 17 % dans le privé à but lucratif). Cette répartition est assez stable dans le temps, même si le privé à but lucratif gagne petit à petit du terrain. Cela s'expliquerait en partie par une plus grande rotation des patients dans les secteurs public et privé à but non lucratif. Les séjours y sont en

effet plus courts (respectivement 15 et 20 jours en moyenne pour les séjours monoséquences²) que dans le secteur privé à but lucratif (24 jours) [tableau 1]. Ainsi, la périnatalité et surtout les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours (voir fiche 18, « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les secteurs public et privé à but non lucratif (graphique 1). À l'inverse, les soins palliatifs, les pansements complexes et soins spécifiques, dont les séjours sont plus longs, sont un peu plus fréquents dans le secteur privé à but lucratif. Dans l'ensemble, tous motifs confondus, la durée moyenne de séjour est de 27 jours pour les séjours terminés en 2018 et de 19 jours, si l'on considère seulement les séjours monoséquences. ■

Graphique 1 Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2018



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

Note > Les modes de prise en charge principaux représentés ici sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prise en charge existants dans le recueil. Les six premiers modes de prise en charge principaux représentent 83 % des séjours d'HAD en 2018. Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours en HAD. Ils représentent 25 % des séjours des établissements publics, 24 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 6 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

Dans le graphique de l'édition 2019, les libellés des traitements intraveineux et de périnatalité ont été inversés, ainsi que ceux des autres motifs de prise en charge et d'assistance respiratoire ou nutritionnelle.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2018, traitements DREES.

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

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD. L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de MCO et de SSR, mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2018 et ceux non terminés fin 2018. Les journées sont celles de l'année 2018 (sont exclues les journées antérieures à 2018 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Cadrage

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

Définitions

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

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

> **Capacités de prise en charge** : en HAD, l'offre est mesurée par le nombre de patients potentiel maximal que les établissements déclarent pouvoir prendre en charge simultanément, chaque jour, à leur domicile. Auparavant, le terme de « places » était utilisé, par analogie avec le nombre de lits et de places des services d'hospitalisation conventionnelle avec hébergement. Ce terme est abandonné depuis 2017 par la DREES en raison des limites de cette analogie : prendre en charge un patient supplémentaire en HAD ne pose pas les mêmes questions qu'ouvrir un nouveau lit dans un service de MCO ou de SSR, l'HAD n'étant pas contrainte par une saturation des capacités d'hébergement mais plutôt par le manque de ressources en soignants ou en personnel coordinateur.

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

Pour en savoir plus

- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2019, septembre). *Analyse de l'activité hospitalière 2018*. (Rapport annuel).
- > **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2019, novembre). *L'hospitalisation à domicile : l'hôpital au plus près des patients*. (Rapport d'activité 2018-2019).
- > **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.

Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et les traitements intraveineux sont les quatre principaux motifs d'admission (plus de deux tiers des séjours) en hospitalisation à domicile (HAD). Les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs (51 jours, contre 19 en moyenne, tous motifs confondus) et concernent les patients les plus dépendants.

À l'inverse, les séjours techniques de cancérologie durent en moyenne 5 jours et 94 % des patients sont autonomes ou faiblement dépendants. En 2018, plus de la moitié des patients admis en HAD sont âgés de 65 ans ou plus. Les femmes sont prises en charge plus jeunes, 14 % de leurs séjours étant liés à la périnatalité. Près des deux tiers des séjours d'HAD sont réalisés au profit de patients provenant d'un établissement de santé avec hébergement.

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

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

Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et soins spécifiques ainsi que les traitements intraveineux sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD, puisqu'ils représentent 68 % des séjours (*tableau 1*) [voir fiche 17, « Les établissements d'hospitalisation à domicile », graphique 1].

La durée des séjours en HAD varie beaucoup suivant le motif d'admission. Les soins de nursing lourds¹, les pansements complexes et soins spécifiques, l'assistance respiratoire ou nutritionnelle, la rééducation, réadaptation, éducation et les soins palliatifs donnent lieu à des séjours bien plus longs, qui s'adressent à des patients plus dépendants. Si l'on considère les séjours terminés et monoséquences², les séjours pour soins

de nursing lourds durent en moyenne 51 jours, contre 19 jours pour la moyenne des séjours en HAD. Ils sont quatre fois plus longs qu'un séjour de périnatalité (12 jours) et onze fois plus longs qu'un séjour pour soins techniques de cancérologie (5 jours). En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques (57 %), la surveillance des grossesses à risque (29 %) ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (15 %). Les soins de chimiothérapie anticancéreuse constituent l'essentiel des séjours de cancérologie (73 %), le reste relevant de la surveillance postchimiothérapie. Le degré de dépendance des patients, lié notamment à leur âge, varie nettement suivant le mode de prise en charge et explique pour partie la durée plus ou moins longue des séjours. En périnatalité ou en cancérologie, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants (94 % pour la cancérologie), alors que les patients en soins de nursing lourds sont, par définition, des malades ayant perdu toute autonomie : 93 % d'entre eux sont moyennement ou fortement dépendants (*tableau 1*). Les patients en HAD pour assistance respiratoire ou nutritionnelle et pour soins palliatifs sont également parmi les patients les plus dépendants (respectivement 65 % et 75 % moyennement à fortement dépendants).

1. Les soins de nursing lourds regroupent des soins infirmiers dispensés à des malades plus dépendants que pour des soins infirmiers classiques. Les patients sont souvent en perte d'autonomie ou en fin de vie.

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

Plus de la moitié des séjours d'HAD accueillent des personnes âgées

Même si l'HAD n'a pas pour mission de répondre spécifiquement aux besoins des personnes âgées, leur part est de plus en plus importante (graphique 1). En 2018, les patients de 65 ans ou

plus totalisent ainsi 55 % des séjours (dont 25 % pour les 80 ans ou plus). Les enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans) représentent, pour leur part, 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons.

Pour les femmes, les soins techniques de cancérologie sont le premier motif de prise en charge

Tableau 1 Répartition des séjours selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission en 2018

Modes de prise en charge principaux regroupés¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours monoséquences terminés en 2018³	Degré de dépendance globale du patient, observé à l'admission			
			Durée moyenne (en journées)	Patients complètement autonomes (en %)	Patients faiblement dépendants (en %)	Patients moyennement dépendants (en %)	Patients fortement dépendants (en %)
Soins techniques de cancérologie	47	335	5	54	41	4	1
Soins palliatifs	42	1 350	25	2	24	37	38
Pansements complexes et soins spécifiques	35	1 562	40	17	43	25	14
Traitements intraveineux	23	405	12	26	46	18	10
Autres motifs de prise en charge²	17	316	11	19	42	17	22
Périnatalité	17	210	12	49	41	1	9
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14	602	33	2	33	31	33
Soins de nursing lourds	7	457	51	0	7	45	48
Rééducation, réadaptation, éducation	6	185	27	10	48	25	17
Post-traitement chirurgical	6	144	18	19	60	16	4
Sortie précoce de chirurgie	0,3	4	6	31	43	24	2
Ensemble⁴	214	5 571	19	24	38	20	18

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

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

3. Environ 199 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2018, soit 93 % des séjours d'HAD, et 148 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 69 % des séjours d'HAD.

4. Un unique séjour de 4 jours a été exclu des données de ce tableau, car son mode de prise en charge principal n'était pas renseigné.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2018, traitements DREES.

en HAD (22 % des séjours). La périnatalité, qui était encore le premier motif de prise en charge en 2014 (30 % des séjours), principalement pour les 25-39 ans, est devenue le quatrième motif de prise en charge (14 % des séjours), notamment du fait de la restriction du champ des activités périnatales autorisées en HAD. Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (85 % des séjours). Dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent presque un séjour sur quatre.

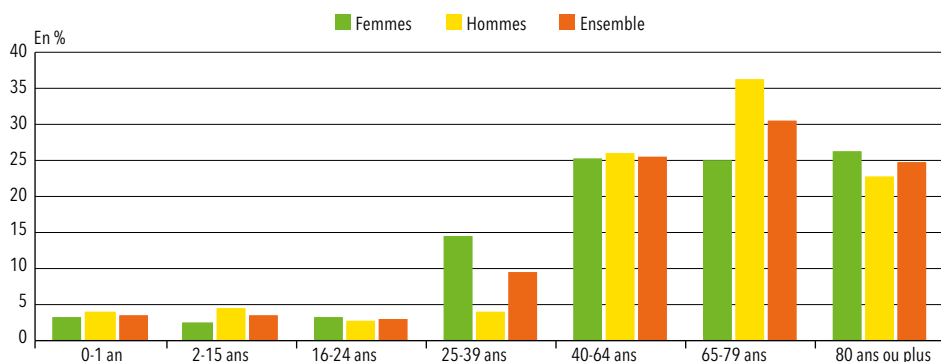
Une hospitalisation en établissement serait raccourcie ou évitée pour près de deux patients sur trois

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

En 2018, d'après les données du PMSI-HAD, pour plus d'un tiers des séjours en HAD, les patients sont admis directement depuis leur domicile (*schéma 1*). Pour une très grande majorité d'entre eux, l'HAD éviterait une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 26 % des séjours d'HAD permettent aux patients de demeurer chez eux en fin de séjour. Par ailleurs, à défaut de l'éviter, l'HAD retarderait l'hospitalisation complète pour 5 % des séjours, dans la mesure où les patients concernés sont transférés en établissement traditionnel à la suite de leur hospitalisation à domicile.

63 % des séjours en HAD concernent des patients qui y ont été admis après une prise en charge en établissement de santé traditionnel. La moitié d'entre eux écourteraient une hospitalisation complète en parvenant à rester à domicile après l'HAD (32 % des séjours), tandis que pour d'autres, une réhospitalisation (25 %) reste nécessaire à la suite de leur séjour en HAD. Enfin, 12 % des patients sont décédés en HAD en 2018. ■

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2018

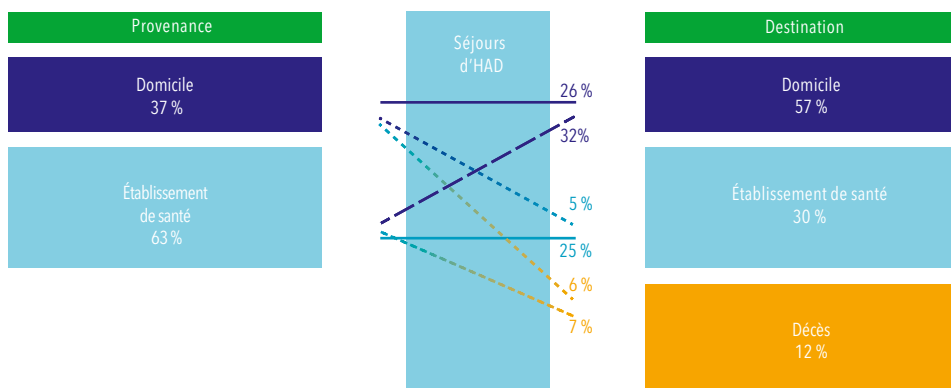


Note > Les âges sont ceux observés à l'admission. Deux patients, un homme et une femme, dont l'âge n'était pas renseigné, ont été exclus des données de ce graphique.

Lecture > En 2018, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 14 % des séjours chez les femmes et 4 % chez les hommes.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2018, traitements DREES.

Schéma 1 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2018

Lecture > En 2018, 63 % des séjours d'HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 57 % des séjours d'HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 26 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée, puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.

Champ > Les 194 241 séjours d'HAD terminés en 2018 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, pour lesquels les informations sur la provenance et la destination sont disponibles dans le PMSI-HAD (97 % des séjours terminés).

Source > ATIH, PMSI-HAD 2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD. L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de soins de suite et de réadaptation (SSR), mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2018 et ceux non terminés fin 2018. Les journées sont celles de l'année 2018 (sont exclues les journées antérieures à 2018 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le PMSI mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Définitions

> Mode de prise en charge : il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au patient. Plusieurs modes de prise en charge peuvent se conjuguer au cours d'une même période. Le mode principal est celui qui consomme l'essentiel des ressources.

> Degré de dépendance : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) à six dimensions (habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication). La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2019, novembre). Analyse de l'activité hospitalière 2018. (Rapport annuel).

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2019, novembre). *L'hospitalisation à domicile : l'hôpital au plus près des patients*. (Rapport d'activité 2018-2019).

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

En 2018, 1 847 établissements déclarent une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) en France métropolitaine et dans les DROM. Ils disposent de 120 000 lits et places dédiés au moyen séjour, soit 25 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. 1,5 million de séjours et 38 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés en SSR, soit 28 % de l'activité hospitalière totale de 2018. L'hospitalisation complète reste prédominante (88 % des capacités). L'hospitalisation partielle est plus présente dans le secteur privé à but non lucratif. Le personnel non médical se compose principalement de soignants (infirmiers, aides-soignants et personnel de rééducation). L'Île-de-France et le sud de la France sont les régions les plus dotées en lits et en places.

38 % des capacités de SSR sont offertes par les établissements publics

L'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 847 établissements en France métropolitaine et dans les DROM (*tableau 1*). Environ un établissement sur deux relève du secteur public, la moitié restante étant répartie à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et à but non lucratif. En 2018, l'ensemble des établissements de SSR dispose de 120 000 lits et places, répartis pour 38 % dans le public, 29 % dans le privé à but non lucratif et 33 % dans le privé à but lucratif. Ces 120 000 lits et places représentent 25 % des capacités hospitalières totales (court, moyen, long séjour et psychiatrie confondus).

En matière d'activité, 1,5 million de séjours, soit 38 millions de journées, ont été réalisés en SSR, soit 28 % de l'activité hospitalière totale. La part relative du privé à but non lucratif est un peu moins importante en journées qu'en nombre de lits et de places (27 %, contre 29 %). Ceci est lié au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de SSR (88 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif (16 % des journées, contre 13 % dans le privé à but lucratif et seulement 7 % dans le public). Ces différences pourraient s'expliquer, en partie, par la diversité des patientèles prises en charge. Par exemple, les patients des établissements privés à but non lucratif sont en moyenne

plus jeunes (voir fiche 20, « La patientèle des établissements de soins de suite et réadaptation »).

Enfin, la durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps complet est plus élevée dans les établissements privés à but lucratif : elle y atteint 35,8 jours, contre 34,0 jours dans les établissements publics et 33,3 jours dans les établissements privés à but non lucratif.

Le personnel non médical est majoritairement soignant

Calculé en équivalent temps plein (ETP), le personnel non médical des établissements de SSR est en moyenne de 0,9 ETP par lit : 0,3 ETP de personnel aide-soignant, 0,3 ETP de personnel infirmier, 0,1 ETP de personnel de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens) et 0,2 ETP d'autres types de personnel (personnel administratif, technique et médico-technique, psychologues, personnel éducatif, assistants de service social) (*tableau 1*).

Les établissements publics allouent en moyenne deux fois plus d'aides-soignants (0,4 ETP par lit ou place) que les établissements du secteur privé à but lucratif (0,2 ETP par lit ou place). Aux côtés du personnel non médical, le personnel médical compte essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et réadaptation ainsi que des gériatres. Ils sont relativement

peu nombreux en comparaison du personnel non médical (0,04 ETP par lit ou place dans l'ensemble des établissements).

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

Au niveau national, la densité moyenne des capacités en SSR s'élève à 455 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus¹. Les régions métropolitaines qui se distinguent par les densités les plus élevées sont la région Provence-Alpes-Côte

d'Azur (Paca), l'Île-de-France, l'Occitanie et la Corse (tableau 2). Pour la région Paca, le taux d'hospitalisation standardisé est également plus élevé que la moyenne. À l'opposé, la Nouvelle-Aquitaine et les Pays de la Loire sont les régions les moins équipées de la métropole en SSR, et leurs taux d'hospitalisation standardisés sont plus faibles.

Dans les DROM, la Guadeloupe et La Réunion font partie des départements les mieux dotés en lits et places de SSR, alors que la Martinique est bien moins pourvue que les départements métropolitains.

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements développant des soins de suite et de réadaptation selon leur statut juridique en 2018

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements¹	905	467	475	1 847
Nombre de lits et places, dont :	45 478	34 870	39 450	119 798
hospitalisation partielle (part en %)	3 806 (8 %)	5 509 (16 %)	4 933 (13 %)	14 248 (12 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	580	437	460	1 476
hospitalisation partielle (part en %)	159 (27 %)	156 (36 %)	106 (23 %)	421 (29 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	14 124	10 067	13 386	37 577
hospitalisation partielle (part en %)	1 031 (7 %)	1 572 (16 %)	1 747 (13 %)	4 350 (12 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés² en 2018 (en journées)	34,0	33,3	35,8	34,4
Ratio moyen de personnel aide-soignant (ETP par lit)	0,4	0,3	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit)	0,3	0,2	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel de rééducation³ (ETP par lit)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnel⁴ (ETP par lit)	0,2	0,2	0,1	0,2

1. Les établissements ne sont pas comptés exactement comme dans l'édition précédente de cet ouvrage, dans lequel seuls les établissements transmettant leur PMSI étaient pris en compte. Ici, les établissements répondant à la SAE qui n'ont pas transmis leur PMSI sont aussi comptabilisés.

2. Environ 973 000 séjours d'hospitalisation complète terminés sont décomptés en 2018, soit 92 % des séjours de SSR à temps complet. Le jour de sortie d'hospitalisation n'est en général plus compté comme un jour de présence à partir de 2017. La durée moyenne de séjour ne peut donc pas être comparée directement avec celle de 2016 et des années antérieures.

3. Le personnel désigné comme personnel de rééducation ou rééducateurs comprend les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les diététiciens.

4. Les autres types de personnel sont les psychologues, le personnel éducatif, les assistants de service social et le personnel administratif, technique et médico-technique.

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

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2018 pour l'activité, traitements DREES ; DREES, SAE 2018 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

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

Mayotte ne dispose d'aucun établissement de SSR. Si les disparités géographiques d'offre de soins restent importantes, elles sont en baisse depuis une dizaine d'années [Charavel, Mauro, Seimandi, 2018]. Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales

d'offre. Plusieurs régions faiblement dotées en SSR présentent ainsi un solde négatif entre taux d'entrée et taux de fuite. En d'autres termes, ces régions voient plus souvent leurs résidents être pris en charge dans d'autres régions qu'ils n'accueillent de patients non-résidents. C'est notamment le cas

Tableau 2 Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SSR en 2018 selon la région d'hospitalisation

	Densité de lits et de places ¹	Solde sur l'ensemble de l'activité ²	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national ³
PACA	585	2,5	1,08
Île-de-France	512	-1,0	1,02
Occitanie	488	3,4	1,01
Corse	486	-11,5	0,97
Hauts-de-France	458	1,8	1,11
Auvergne-Rhône-Alpes	453	-0,7	1,00
Normandie	446	-1,0	1,00
Bourgogne-Franche-Comté	440	-3,4	0,97
Centre- Val de Loire	430	-2,3	0,85
Grand-Est	417	-0,3	1,07
Bretagne	407	0,7	1,00
Nouvelle-Aquitaine	403	1,8	0,92
Pays de Loire	393	-1,5	0,80
Guadeloupe	484	-6,7	1,70
La Réunion	477	0,0	1,22
Guyane	438	-34,6	0,80
Martinique	353	-5,4	0,79
Mayotte	0	-	-
France entière	455	-	1,00

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

2. Le solde est la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.

3. Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge.

Note > La densité de capacités d'accueil en Guadeloupe diffère beaucoup de celle publiée pour 2017 dans l'édition précédente de cet ouvrage, car la population de Saint-Martin n'avait pas été incluse dans la population de la Guadeloupe. La densité corrigée pour 2017 est de 497 lits et places par habitant de 50 ans ou plus. Le taux d'hospitalisation standardisé de la Guyane rapporté au taux d'hospitalisation national est beaucoup plus élevé que dans les éditions précédentes de l'ouvrage. Les écarts proviennent en partie d'une transmission plus exhaustive du PMSI des établissements guyanais en 2018 que lors des années précédentes.

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

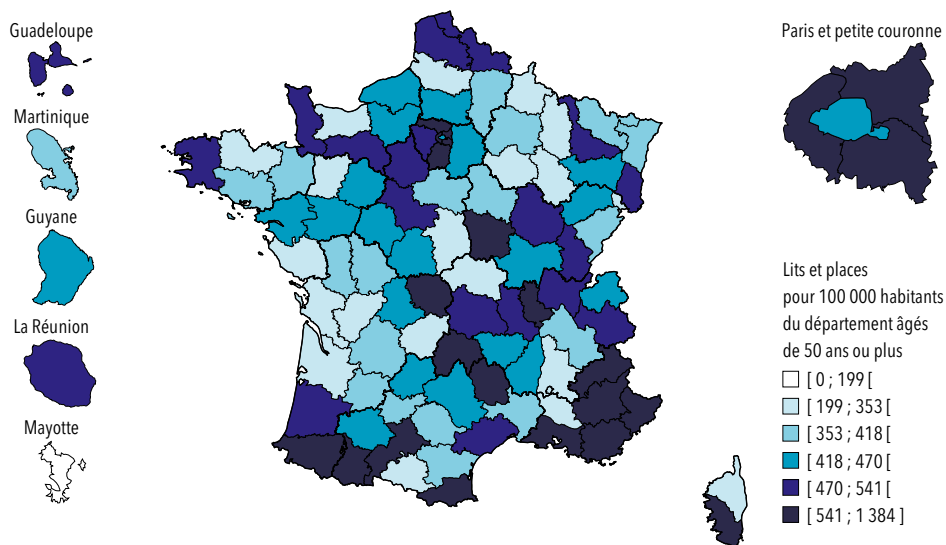
Sources > ATIH, PMSI-SSR 2018, traitements DREES ; DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

de la région Bourgogne-Franche-Comté, qui a tendance à « perdre » des patients². À l'opposé, les régions Occitanie et Paca ont un solde positif en lien avec des capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale.

Toutefois, l'analyse des capacités d'accueil en SSR par grande région peut être trompeuse : dans certaines régions, l'offre de SSR est plutôt homogène ; dans d'autres, de fortes disparités départementales

existent (carte 1). Ainsi, la région Occitanie occupe la troisième place des régions les plus dotées en lits et en places de SSR, mais les densités infrarégionales sont très hétérogènes : sur les 13 départements qui la composent, 4 ont des densités supérieures à 541 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus, alors que 5 autres ont des densités inférieures à 418 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus. ■

Carte 1 Densité de capacités en lits et en places de SSR en 2018



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles, hors Mayotte qui n'a pas de capacité en SSR.

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

Sources > DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

2. La Corse, les DROM (hormis La Réunion) et le Centre-Val de Loire ont également tendance à « perdre » des patients.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires exerçant une activité de SSR en 2018. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polypathologies, enfants, etc.). Le total des capacités d'accueil est déclaré dans la SAE et l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2018 et ceux non terminés fin 2018. Les journées sont celles de l'année 2018 (sont exclues les journées antérieures à 2018 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-SSR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, on considère que le recueil est exhaustif et les données ne sont plus pondérées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Définitions

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

Pour en savoir plus

- > Charavel C., Mauro L., Seimandi T. (2018). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. DREES, *Les Dossiers de la Drees*, 30.

En 2018, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont réalisé 1,5 million de séjours, soit 38 millions de journées d'hospitalisation, pour 1 million de patients. Les patients en SSR sont âgés (la moitié ont 70 ans ou plus) et sont un peu plus souvent des femmes. Les soins s'effectuent fréquemment à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardiovasculaires, de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (pose de prothèses).

Une patientèle plutôt âgée et féminine

En 2018, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) atteint 1,5 million de séjours (*tableau 1*) et 38 millions de journées (voir fiche 19, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »). L'hospitalisation complète reste la principale modalité de soin, mais la part de l'hospitalisation à temps partiel augmente chaque année, pour atteindre 29 % des séjours en 2018 (contre 19 % en 2010). Les séjours de SSR concernent majoritairement des femmes (54 %), notamment en hospitalisation complète (57 %). Les séjours en SSR à temps partiel sont toutefois plus souvent effectués par des hommes (54 %).

L'âge moyen des patients de SSR à leur admission est stable (66 ans), tout comme l'âge médian (70 ans). L'âge moyen des femmes admises en SSR reste plus élevé que celui des hommes (69 ans, contre 62 ans), notamment en hospitalisation complète (74 ans, contre 67 ans). En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours est de 34 jours (voir fiche 19, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »). Elle augmente avec l'âge pour atteindre 35,8 jours pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. C'est dans le secteur public que les patients sont les plus âgés (70 ans en moyenne, contre 68 ans pour le privé à but lucratif et 57 ans pour le privé à but non lucratif).

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

Les patients qui bénéficient de séjours en hospitalisation à temps partiel présentent moins

fréquemment des signes de dépendance, au sens de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ, voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions). Ainsi, pour 89 % des séjours en hospitalisation partielle, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants à leur admission (contre 50 % des séjours en hospitalisation complète) [*graphique 1*]. La dépendance globale s'améliore entre l'admission et la sortie. Cette évolution repose sur l'amélioration de la dépendance physique, la dépendance cognitive évoluant peu. En hospitalisation complète, le gain d'autonomie est en général plus fort qu'en hospitalisation à temps partiel, ce qui est en partie dû au degré moindre de dépendance à l'admission.

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

Les séjours sont majoritairement motivés par des maladies du système ostéo-articulaire (19 %, dont les suites de prothèses pour arthropathie), des lésions traumatiques (14 %, dont les fractures du membre inférieur, du membre supérieur, du rachis mais aussi, parfois, des complications de prothèses ou d'implants), ou encore des affections du système nerveux (13 %, dont les syndromes paralytiques) ou de l'appareil cardiovasculaire (13 %, dont l'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques). Les troubles de la marche (7 %), les démences et les troubles mentaux liés à l'alcool ou aux substances psychoactives (5 %), ainsi que l'obésité (5 %) sont d'autres motifs fréquents de prise en charge (*tableau 2*).

La répartition des séjours varie selon l'âge des patients. Les séjours des patients de moins de 18 ans sont plutôt motivés par la prise en charge de

l'obésité, de paralysies d'origine cérébrale et de scolioses. Entre 18 et 34 ans, les lésions traumatiques (genou), dorsalgies, paralysies d'origine traumatique, mais aussi vasculaire et cérébrale, et l'obésité sont fréquemment à l'origine des séjours. De 35 à 69 ans, ce sont les soins dans les suites de pose de prothèses pour arthropathies (hanche ou genou) qui prédominent, ainsi que les suites d'hémiplégie par

accidents vasculaires cérébraux ou de cardiopathies ischémiques. Les établissements privés, à but lucratif ou non, et les établissements publics prennent en charge des séjours ayant des motifs légèrement différents (graphique 2). Les séjours pour suites de lésions traumatiques ou de maladies du système ostéo-articulaire sont un peu plus répandus dans le secteur privé à but

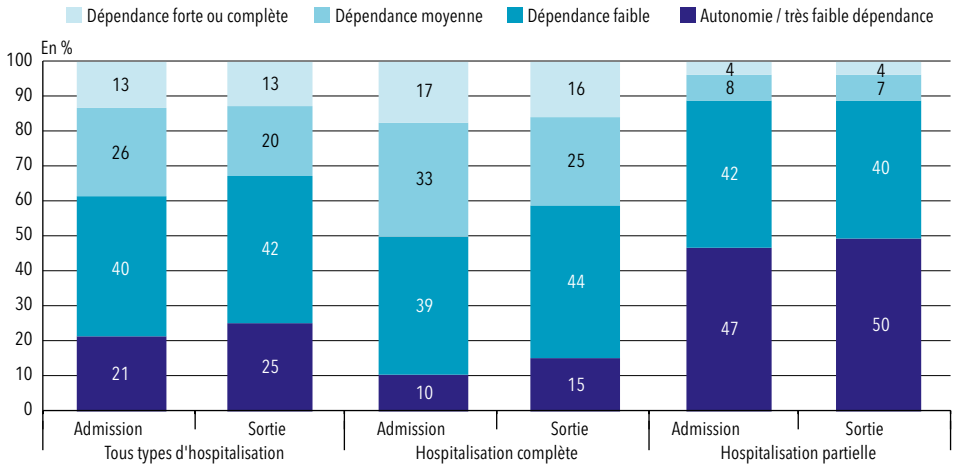
Tableau 1 Nombre de séjours et âge moyen à l'admission par sexe et type de séjour en 2018

	Ensemble des séjours				Séjours d'hospitalisation complète			Séjours d'hospitalisation partielle		
	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen (à l'admission)	Âge médian (à l'admission)	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen (à l'admission)	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de séjours (en %)	Âge moyen (à l'admission)
Hommes	678	46	62	66	452	43	67	225	54	52
Femmes	798	54	69	75	603	57	74	196	46	53
Ensemble	1 476	100	66	70	1 055	100	71	421	100	52

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

Source > ATIH, PMSI-SSR 2018, traitement DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours selon le degré de dépendance globale des patients à l'admission et à la sortie, et d'après le type d'hospitalisation, en 2018



Note > L'état de dépendance à la sortie est également renseigné pour les 2,5 % de patients décédés lors de leur hospitalisation. Ces patients sont inclus dans le graphique.

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

Source > ATIH, PMSI-SSR 2018, traitement DREES.

Tableau 2 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2018, selon la morbidité enregistrée à l'admission

Morbidité	Nombre de séjours (en milliers)	Part de la pathologie (en %)						Part des séjours en hospitalisation complète (en %)
		Tous les âges	Séjours des moins de 18 ans	Séjours des 18-34 ans	Séjours des 35-69 ans	Séjours des 70-84 ans	Séjours des 85 ou plus	
Affection de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	185	13	0	3	16	13	11	59
cardiopathies ischémiques	78	5	0	1	10	4	1	35
insuffisance cardiaque	37	2	0	0	2	2	5	79
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	19	1	0	0	2	2	1	74
Affections de l'appareil respiratoire	62	4	4	1	4	5	5	82
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	119	8	20	12	10	5	4	66
diabète	16	1	3	0	1	1	0	73
obésité et autres excès d'apport	68	5	16	10	7	1	0	49
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	210	14	8	20	8	15	24	85
lésions traumatiques	181	12	3	18	7	13	22	86
Maladies du système nerveux, dont :	190	13	23	20	16	11	6	58
maladies cérébrovasculaires ¹	16	1	0	0	1	1	2	87
paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	132	9	16	16	12	7	3	53
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	274	19	17	23	21	21	10	67
arthropathies	150	10	5	10	10	15	5	77
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	184	12	9	7	8	14	21	77
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	104	7	4	3	3	8	14	78
Troubles mentaux, dont :	116	8	9	11	8	7	9	75
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	36	2	0	0	0	4	6	74
troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives	38	3	0	7	6	0	0	87
Tumeurs malignes, dont :	65	4	1	1	4	6	4	96
organes digestifs	17	1	0	0	1	2	1	99
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	10	1	0	0	1	1	1	99
organes respiratoires et intrathoraciques	10	1	0	0	1	1	0	95
Autres pathologies²	70	5	9	4	3	5	6	75
Non précisé	1	0	0	0	0	0	0	65
Total	1 476	100	100	100	100	100	100	71

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

2. Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, du sang ; tumeurs bénignes, etc.

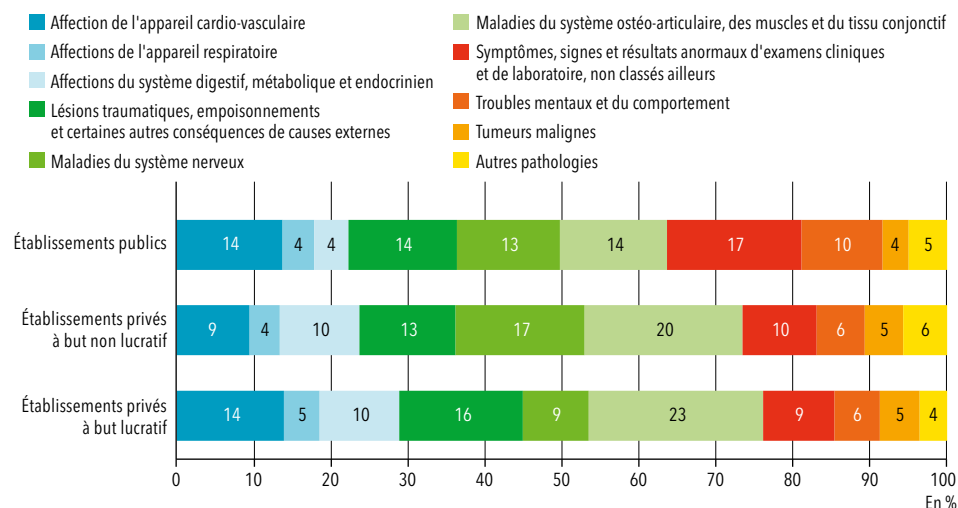
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2018, traitement DREES.

lucratif. Comparativement aux autres secteurs, le secteur privé à but non lucratif prend quant à lui plus souvent en charge des séjours pour suite de maladies du système nerveux, et le secteur public

les séjours liés aux troubles mentaux et du comportement, ainsi que des suites de symptômes divers, dont chutes et anomalies de la démarche et de la motilité. ■

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



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

Source > ATIH, PMSI-SSR 2018, traitement DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, exerçant une activité de SSR en 2018. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées, soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polyopathologies, enfants, etc.). Le total des places est déclaré dans la SAE et l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2018 et ceux non terminés fin 2018. Les journées sont celles de l'année 2018 (sont exclues les journées antérieures à 2018 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-SSR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, le recueil est considéré comme exhaustif et les données ne sont plus pondérées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).



Définitions

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

> **Appréciation de la morbidité principale** : elle repose sur l'association de la finalité principale de prise en charge (FPPC, ce qui a été fait au patient durant la semaine), de la manifestation morbide principale (MMP, le problème de santé sur lequel s'exerce le soin) et éventuellement de l'affection étiologique (AE, qui est le problème de santé à l'origine de la MMP).

> **Degré de dépendance** : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ), selon six dimensions : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant.

Pour en savoir plus

- > **ATIH** (2019, octobre). *Analyse de l'activité hospitalière 2018* – édition 2019. (Note et rapport d'analyse).
- > **Charavel, C., Mauro, L., Seimandi, T.** (2018). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 30.
- > **Coquelet, F.** (2015, novembre). Soins de suite et de réadaptation ; les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours. DREES, *Études et Résultats*, 943.
- > **Coquelet, F., Valdelièvre, H.** (2011). Les soins de suite et de réadaptation en 2008 ; patientèle traitée et offre de soins. DREES, *Dossiers Solidarité Santé*, 23.

En 2018, 12,8 millions de patients ont été hospitalisés à une ou plusieurs reprises. Pour 71 % d'entre eux, l'hospitalisation a lieu en un épisode unique au cours de l'année. Celui-ci peut néanmoins correspondre à une seule ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour puis en moyen séjour pour de la rééducation. Les patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année souffrent de pathologies particulières, notamment d'affections du sang ou de tumeurs.

12,8 millions de patients hospitalisés en France en 2018

En 2018, 12 761 000 patients ont été hospitalisés dans l'un des 2 704¹ établissements de santé, publics ou privés, de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). 755 000 y sont nés, 356 000 y sont décédés. Ce décompte a été réalisé à partir des données d'activité détaillées par séjour, transmises par les établissements dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'ensemble des prises en charge de court et de moyen séjour.

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

Plus des deux tiers des patients (67 %) n'ont été hospitalisés qu'une seule fois au cours de l'année et pour un seul séjour. Pour 4 % des patients, l'hospitalisation a comporté plusieurs séjours consécutifs tout en constituant un épisode de soins unique au cours de l'année. Il consiste en des prises en charge successives, sans interruption, dans plusieurs établissements ou selon différentes disciplines, par exemple en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), puis en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en hospitalisation à domicile (HAD), etc. Un peu plus d'un quart des patients (3 748 000) ont connu au moins une nouvelle hospitalisation après et à distance du premier séjour ou épisode (tableau 1). Pour 41 % des patients, la durée

entre deux épisodes d'hospitalisation est comprise entre deux et sept jours, pour 30 % entre huit et trente jours, pour 17 % entre un et trois mois, pour 8 %, entre trois et six mois et, pour 4 %, elle excède six mois.

Trois grands types de parcours hospitaliers au cours de l'année se distinguent. Les séjours uniques, tout d'abord, relèvent principalement du MCO. Ensuite, parmi les patients ayant effectué plusieurs séjours au cours d'un épisode de soins hospitaliers unique, la moitié (soit 220 000 patients) ont commencé par un séjour en MCO qui s'est poursuivi immédiatement par une prise en charge en SSR, et 34 % ont effectué deux séjours en MCO dans deux établissements distincts. Enfin, pour les parcours constitués de plusieurs hospitalisations non contiguës au cours de l'année, les réadmissions ont lieu principalement en MCO. Ce type de parcours effectué exclusivement dans un même champ sanitaire est aussi le plus fréquent pour les patients avec des hospitalisations multiples en psychiatrie.

L'hospitalisation concerne tous les âges de la vie

Les patients sont âgés en moyenne de 49 ans (médiane à 52 ans) : 16 % ont moins de 18 ans, 25 % entre 18 et 44 ans, 40 % entre 45 et 74 ans et 19 % ont 75 ans ou plus. La proportion de femmes s'élève à 55 %. Elle est naturellement plus élevée en raison des maternités, mais aussi des pathologies liées à la longévité, comme la cataracte ou les fractures du col du fémur. Les patients ayant été hospitalisés

1. Il s'agit du nombre d'établissements ayant transmis les données correspondant à leur activité. Quelques établissements de psychiatrie ainsi que certains anciens hôpitaux locaux ne les ont pas fournies. Pour cette raison, ce nombre est inférieur au nombre total d'établissements indiqué dans la fiche 01, « Les grandes catégories d'établissements de santé » (à savoir 3 042).

à plusieurs reprises ou ayant eu un épisode de soins hospitaliers unique avec plusieurs séjours sont en moyenne plus âgés (58 ans, contre 44 ans pour ceux ayant connu un unique séjour d'hospitalisation). Quand elle est exclusive, la prise en charge s'effectue en MCO pour 88,6 % des patients, en SSR pour 1,2 % d'entre eux, en HAD pour 0,1 % et en psychiatrie pour 1,9 %. Un million de patients (8,2 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires.

Des parcours de soins selon les groupes de prise en charge

En 2018, 31,5 millions de séjours ont été réalisés, répartis dans dix-huit groupes médicaux de prise en charge (tableau 2). Les affections du sang et les

tumeurs de siège diffus (tumeurs avec métastases) constituent, après les pathologies à traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie), le groupe de pathologies concentrant la plus forte proportion de patients ayant été hospitalisés à plusieurs reprises dans l'année (les trois quarts). À l'opposé, le groupe des nouveau-nés, prématurés et affections de la période prénatale fait majoritairement l'objet d'une unique hospitalisation (87,1 %). Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations non contiguës, 39 % ont eu des prises en charge relevant du même groupe médical, 43 % des prises en charge relatives à deux groupes distincts et 18 % des prises en charge relevant de trois groupes ou plus. ■

Tableau 1 Caractéristiques des patients en fonction des parcours de soins hospitaliers en 2018

	Ensemble des patients	Patients (en %)	Séjour hospitalier unique	Patients (en %)	Épisode de soins hospitaliers unique	Patients (en %)	Plusieurs hospitalisations dans l'année	Patients (en %)
Nombre de patients	12 761 913	100,0	8 489 523	100,0	524 498	100,0	3 747 892	100,0
Âge moyen, écart-type	48,6 ± 26,4	-	43,8 ± 26,2	-	65,1 ± 25,0	-	57,2 ± 23,6	-
Hommes/Femmes (en %)	45,2 / 54,8	-	44,6 / 55,4	-	41,1 / 58,9	-	47,1 / 52,9	-
Nombre de naissances	754 740	5,9	650 832	7,7	12 817	2,4	91 091	2,4
Nombre de décès	355 943	2,8	115 503	1,4	51 810	9,9	188 630	5,0
Nombre de séjours dans l'année 2018, médiane, p75, p90 ¹	1 / 2 / 3	-	1 / 1 / 1	-	2 / 2 / 3	-	3 / 4 / 9	-
Admission exclusivement en MCO ²	11 304 243	88,6	8 201 929	96,6	178 862	34,1	2 923 452	78,0
Admission exclusivement en SSR	153 413	1,2	116 448	1,4	1 046	0,2	35 919	1,0
Admission exclusivement en HAD	12 786	0,1	11 557	0,1	194	0,0	1 035	0,0
Admission exclusivement en psychiatrie	240 525	1,9	159 589	1,9	7 637	1,5	73 299	2,0

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

1. p75 et p90 signifient 75^e et 90^e percentiles. Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations dans l'année, 75 % ont été hospitalisés au cours de 4 séjours ou moins et 90 % l'ont été au cours de 9 séjours ou moins dans l'année.

2. L'admission exclusivement en MCO correspond aux patients qui ont connu une ou plusieurs hospitalisations en MCO, mais n'en ont pas connu dans un autre champ. Un décompte analogue est effectué pour les SSR, l'HAD et la psychiatrie.

Note > Les colonnes « Patients (en %) » donnent la proportion de patients ayant connu un séjour à l'hôpital dans l'année, pour chaque groupe de parcours de soins hospitaliers.

Lecture > Pour les épisodes de soins hospitaliers, un même patient peut avoir eu, par exemple, un séjour en MCO puis un autre en SSR.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2018, traitements DREES.

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

	Nombre de séjours	Hospitalisation unique			Épisode hospitalier unique			Plusieurs hospitalisations		
		Nombre de patients	%	Âge ¹	Nombre de patients	%	Âge ¹	Nombre de patients	%	Âge ¹
Affections du système nerveux	1 419 766	424 452	43,3	52,6	78 845	8,0	71,2	476 328	48,7	58,5
Affections de l'œil	1 112 071	339 407	43,5	66,0	3 226	0,4	66,6	436 852	56,1	72,0
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	922 355	675 145	77,8	25,3	8 558	1,0	43,4	183 953	21,2	42,6
Affections de l'appareil respiratoire	1 052 051	277 439	37,3	52,1	55 969	7,5	69,8	409 461	55,2	61,5
Affections de l'appareil circulatoire	2 005 566	540 478	39,7	63,2	74 675	5,5	74,0	746 211	54,8	68,6
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	3 411 940	1 737 034	63,1	53,3	50 880	1,9	63,2	961 264	35,0	59,7
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	2 521 666	1 042 029	55,7	50,4	178 629	9,6	74,1	647 719	34,7	60,1
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	841 042	419 237	57,4	45,8	21 539	2,9	67,9	289 848	39,7	59,4
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	590 829	202 940	42,8	48,0	19 595	4,1	65,1	251 629	53,1	51,7
Affections génito-urinaires	1 610 755	672 457	54,8	44,6	28 813	2,3	67,2	527 519	42,9	59,1
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 177 872	752 134	77,0	30,2	21 502	2,2	30,6	203 591	20,8	30,1
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	790 054	660 927	87,1	0,0	12 520	1,7	0,0	84 885	11,2	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	541 368	63 937	21,4	55,0	10 196	3,4	69,7	224 192	75,2	59,9
Maladies infectieuses et parasitaires	154 574	42 149	32,6	36,5	9 532	7,4	61,2	77 707	60,0	53,3
Maladies et troubles mentaux	1 177 313	230 335	37,1	45,6	61 524	9,9	53,4	329 669	53,0	46,5
Traumatismes, allergies et empoisonnements	444 404	125 005	41,5	38,8	26 735	8,9	47,3	149 498	49,6	47,6
Autres affections ou prises en charge	1 104 797	253 969	31,3	49,7	57 773	7,1	72,4	499 548	61,6	58,7
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	10 573 703	22 062	3,7	54,2	5 574	0,9	64,3	567 380	95,4	64,4
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	48 363	8 387	30,4	37,0	3 399	12,3	48,9	15 788	57,3	39,4

1. Âge moyen des patients.

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

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Activité d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé, publics ou privés. L'ensemble des séjours réalisés par les établissements pour leur activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) – incluant l'ensemble des nouveau-nés –, en soins de suite et de réadaptation (SSR), en hospitalisation à domicile (HAD) et en psychiatrie a été pris en compte. Quelques établissements de psychiatrie, ainsi que certains anciens hôpitaux locaux, n'ont pas transmis les données PMSI correspondant à leur activité.

Source

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé pour chaque séjour réalisé. Les données comprennent, pour chaque séjour, une description normalisée de la prise en charge médicale (voir annexe 2, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »).

Méthodologie

Les établissements transmettent une description anonyme détaillée par séjour de leur activité. Chaque séjour est accompagné d'un numéro alphanumérique non significatif, obtenu par hachage irréversible du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du code sexe correspondant au patient pris en charge. Ce numéro permet le dénombrement des patients distincts hospitalisés au cours de la période considérée. Une seconde information permet, pour un même patient, de reconstituer le positionnement relatif de chaque séjour. Il s'agit du délai en jours entre la date de début de séjour et une date calculée. Cette seconde information, couplée à la durée de séjour, permet de calculer par différence le délai, en jours révolus, entre la fin d'un séjour et le suivant pour un même patient.

Définitions

- > **Patients distincts** : ils sont dénombrés à l'aide des numéros alphanumériques pour lesquels les tests de conformité des informations source n'indiquent pas d'erreur (voir *supra*, rubrique Méthodologie).
- > **Séjours hospitaliers** : ils débutent le jour de l'admission dans un établissement et se terminent le jour où le patient en sort.
- > **Épisodes de soins hospitaliers** : lorsque deux séjours sont contigus, c'est-à-dire lorsque le délai entre le premier séjour et le séjour suivant est nul, cet ensemble est décrit comme un épisode unique de soins hospitaliers. Dans les autres cas, on parle d'hospitalisations distinctes dans l'année. Pour le SSR, l'HAD et la psychiatrie, seuls les séjours ayant effectivement débuté en 2018 ont été pris en compte.
- > **Groupes médicaux de prise en charge** : ils ont ici été constitués à partir du résultat de l'algorithme de groupage médico-économique appliqué automatiquement à la description médicale faite de chaque séjour (MCO) ou de chaque semaine (SSR), du code de mode de prise en charge principal (HAD) et du diagnostic principal (psychiatrie). L'algorithme de groupage est maintenu par l'ATIH.

Pour en savoir plus

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

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

7 400 salles d'intervention chirurgicale sont réparties dans 981 établissements de santé publics ou privés en France métropolitaine et dans les DROM. Les cliniques y ont recours plus fréquemment, sachant que la chirurgie ambulatoire y est davantage pratiquée. L'organisation de l'activité d'anesthésie est liée aux types d'activités développées : interventions chirurgicales plus ou moins complexes, endoscopies, radiologies interventionnelles, etc. L'utilisation de ces salles varie selon le statut, public ou privé, de l'établissement.

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

En 2018, 7 400 salles d'intervention chirurgicale sont réparties dans 981 établissements de santé (*tableau 1*). 47 % d'entre elles sont implantées dans les cliniques privées alors que ces dernières enregistrent 54 % des séjours chirurgicaux, les interventions par salle y étant plus nombreuses que dans les établissements publics. Ce constat peut s'expliquer, entre autres, par la part plus importante de l'activité de chirurgie ambulatoire dans les établissements privés à but lucratif. Cette activité est réalisée au cours d'une hospitalisation de moins d'un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés.

Tandis que les cliniques privées réalisent 63 % de la chirurgie ambulatoire (notamment la chirurgie de la cataracte, la chirurgie ORL, l'arthroscopie, etc.), les établissements publics, eux, prennent en charge des actes plus complexes avec des temps d'intervention plus longs (voir fiche 13, « La spécialisation en chirurgie »). Ces établissements disposent également plus souvent de structures d'urgences et de salles chirurgicales dédiées à l'urgence (ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7).

En 2018, 1 640 salles sont dédiées à la surveillance postinterventionnelle

L'activité anesthésique est associée à l'activité chirurgicale (6,7 millions d'actes chirurgicaux

requérant une anesthésie sont recensés en 2018), mais elle ne s'y limite pas. Des explorations (endoscopies), des activités interventionnelles sous imagerie ou des radiologies interventionnelles et des actes d'obstétrique (hors salles de travail), sont aussi pratiqués sous anesthésie. En 2018, 1 509 salles dédiées aux endoscopies, 828 salles d'activités interventionnelles sous imagerie, 609 salles dédiées aux actes d'obstétrique (hors salles de travail), et 432 salles dédiées à d'autres interventions ou explorations, avec ou sans anesthésie, sont ainsi recensées. Au total, on compte 3 378 salles destinées à des interventions ou des explorations hors chirurgie.

Ces salles, ainsi que les salles d'intervention chirurgicale, sont réparties en différents lieux au sein des établissements, en fonction de l'environnement nécessaire aux actes réalisés. Après toute intervention sous anesthésie, une surveillance en continu des patients dans une salle de surveillance postinterventionnelle est obligatoire. Le nombre de salles de surveillance postinterventionnelle s'élève à 1 640, pour 14 560 postes de réveil (*tableau 2*), soit neuf postes par salle en moyenne. 45,2 % des salles de surveillance se situent dans des établissements publics, 44,1 % dans des cliniques privées et 10,7 % dans des établissements privés à but non lucratif. ■

Tableau 1 Les plateaux techniques de chirurgie en 2018

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	CHR	Autres CH			
Nombre d'établissements disposant d'au moins une salle d'intervention chirurgicale ¹	102	331	101	447	981
Nombre de salles d'intervention chirurgicale ¹ , dont :	1 523	1 723	689	3 464	7 399
nombre de salles destinées à la chirurgie classique ²	1 440	1 602	661	3 186	6 889
Nombre de séjours chirurgicaux en hospitalisation complète ou partielle	937 175	1 212 865	527 137	3 120 131	5 797 308

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.

1. Hors obstétrique.

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES pour le nombre de séjours ; DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Tableau 2 L'activité d'anesthésie en 2018

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	CHR	Autres CH			
Nombre de salles de surveillance postinterventionnelle, y compris celles dédiées à la chirurgie ambulatoire	312	430	175	723	1 640
Nombre de postes de réveil, y compris ceux dédiés à la chirurgie ambulatoire	2 651	3 514	1 388	7 005	14 558

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.

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

Sources > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

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

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). La refonte de la SAE a modifié le mode de collecte de l'information sur les sites opératoires et les salles d'intervention. Cette modification entraîne une rupture de série entre les résultats de l'année 2012 concernant le nombre de salles d'intervention chirurgicale et ceux des années ultérieures. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

...



Définitions

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

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

> **Surveillance postinterventionnelle et postes de réveil** : le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, relatif à la pratique de l'anesthésie, a rendu obligatoire la surveillance continue après l'intervention. Elle se pratique dans les salles de surveillance postinterventionnelle à proximité des sites où sont réalisées les anesthésies. Une salle de surveillance postinterventionnelle comprend au minimum quatre postes de réveil.

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

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

Pour en savoir plus

> **D'Autume, C., Dupays, S., Perlberg, et al.** (2014, juillet). *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France (MAP)*. (Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales [Igas]).

Les appareils d'imagerie sont une composante importante des plateaux techniques des établissements de santé publics et privés à but non lucratif. Les progrès techniques et le coût des nouveaux appareils, plus performants, sont à l'origine d'une concentration et d'un partage des équipements. Dans les cliniques privées à but lucratif, ces équipements sont plus difficiles à recenser.

757 scanners et 584 IRM dans les établissements publics et privés à but non lucratif

En 2018, 2 289 salles de radiologie conventionnelle, numérisée ou non, sont réparties dans 817 établissements de santé publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DROM (Mayotte incluse), y compris le service de santé des armées (SSA)¹ [tableau 1]. Il existe également 345 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies, réparties dans 179 établissements.

Certains équipements lourds en matière d'imagerie, tels que les scanners, les appareils d'imagerie à résonance magnétique (IRM) ou les caméras à scintillation, sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé. 541 établissements publics ou privés à but non lucratif déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 757 appareils – dont 704 exploités par l'établissement lui-même². L'ensemble des appareils sont situés pour 87 % dans le secteur public, dont 26 % en centres hospitaliers régionaux (CHR), et pour 4 % dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). 391 établissements possèdent au moins une IRM, soit 584 appareils (dont 539 exploités par l'établissement), situés pour 86 % dans le public (dont 30 % en CHR et 56 % en centres hospitaliers [CH]) et pour 4 % en CLCC.

Le nombre d'actes de scanners réalisés en établissements des secteurs public et privé à but non lucratif pour les patients hospitalisés dans ces établissements

est estimé à 3,1 millions, et le nombre d'actes pour des patients externes à 4,2 millions, hors activité libérale pratiquée dans les établissements publics³. Pour les IRM, l'activité est estimée à 0,6 million d'actes pour les patients hospitalisés dans ces établissements et à 2,1 millions pour les patients externes. Enfin, 126 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 286 gamma-caméras (dont 270 sont exploitées par les établissements eux-mêmes), situées pour 45 % en CHR. Par ailleurs, d'autres établissements peuvent accéder à ce matériel dans le cadre de conventions de co-utilisation, le partage des équipements lourds étant encouragé.

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

Les cliniques privées à but lucratif disposent également d'équipements d'imagerie, mais leur comptabilisation dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) n'est pas exhaustive. En effet, la gestion de propriété est différente selon les statuts juridiques des établissements, deux personnes morales pouvant coexister au sein des cliniques privées, l'une correspondant aux activités de soins et l'autre aux activités médico-techniques. Par ailleurs, les cabinets de radiologie sont hors champ, sauf s'ils sont implantés dans les cliniques privées à but lucratif. Par conséquent, si 212 scanners et 174 IRM sont dénombrés dans les cliniques privées en 2018, ces chiffres constituent vraisemblablement une estimation inférieure à leur nombre (tableau 2).

1. Dans ces salles de radiologie, les appareils de mammographie, au nombre de 355, ne sont pas comptabilisés.

2. Les autres appareils sont installés sur le site d'un établissement de santé mais détenus et exploités par des cabinets libéraux.

3. Les radiologues exerçant dans les établissements du secteur public ont la possibilité de pratiquer une partie de leur activité sur le mode de l'activité libérale et rémunérée comme telle.

Une répartition inégale des équipements selon les départements

Le nombre total d'appareils situés dans l'ensemble des établissements de santé est probablement plus élevé que la somme des appareils déclarés dans la SAE. Cependant, cette somme permet d'approcher au minimum l'équipement situé en établissement de santé dans chaque département.

Le nombre de scanners rapporté à la population s'établit ainsi à 2,9 scanners pour 200 000 habitants pour la France métropolitaine et les DROM. Ce rapport varie de 0,8 à Mayotte et 0,9 en Haute-Loire, à 4,9 dans les Alpes-de-Haute-Provence et 5,3 dans les Hautes-Pyrénées (carte 1). Pour les IRM, le rapport s'établit à 2,3 appareils pour 200 000 habitants pour la France entière, et varie de 0,7 dans le département de la Sarthe à 4,2 à Paris (carte 2). ■

Tableau 1 Équipement en imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en 2018

Types d'équipements	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils présents sur le site (ou de salles pour la radiologie conventionnelle)	Nombre d'appareils présents sur le site et exploités par l'établissement
Scanners	541	757	704
IRM	391	584	539
Caméras à scintillation	126	286	270
Tomographes à émission/caméras à positons	91	117	109
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non ¹	817	2 289	2 202
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	179	345	331

1. Non compris les appareils de mammographie.

Champ > Établissements publics et privés à but non lucratif de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

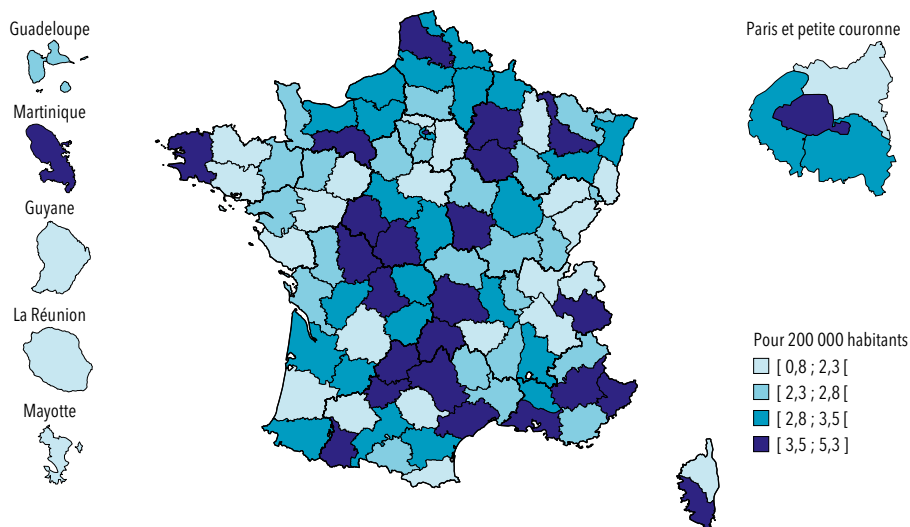
Tableau 2 Équipement en imagerie des établissements privés à but lucratif en 2018

Types d'équipements	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils présents sur le site (ou de salles pour la radiologie conventionnelle)
Scanners	179	212
IRM	130	174
Caméras à scintillation	34	70
Tomographes à émission/caméras à positons	13	13
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non ¹	253	585
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	75	143

1. Non compris les appareils de mammographie.

Champ > Établissements privés à but lucratif de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

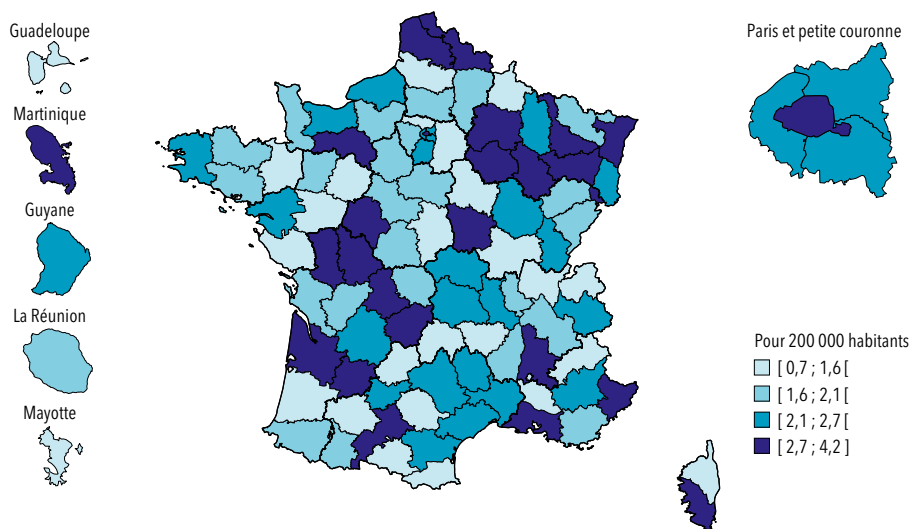
Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

Carte 1 Nombre de scanners pour 200 000 habitants du département en 2018

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

Carte 2 Nombre d'IRM pour 200 000 habitants du département en 2018

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2018, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

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

Sources

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

Définitions

- > **Radiologie** : cette technique est fondée sur l'utilisation des rayons X.
- > **Radiologie numérisée** : elle représente une amélioration technique par rapport à la radiologie conventionnelle, en raison de l'assistance d'un ordinateur pour la réalisation des films.
- > **Radiologie vasculaire et coronarographie** : les examens des vaisseaux sont réalisés dans des salles spécialisées permettant les injections intravasculaires nécessaires aux angiographies (visualisation des vaisseaux) en toute sécurité. Les coronarographies (visualisation des artères coronaires) peuvent aussi être réalisées dans les salles de radiologie vasculaire sous réserve d'un équipement spécifique.
- > **Scanner ou tomodensitomètre** : il utilise également les rayons X, mais permet de visualiser des tranches d'épaisseurs variables.
- > **Imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM)** : elle utilise les propriétés électromagnétiques du corps humain. Elle met en évidence, sous forme d'images, les contrastes entre différents tissus tels que les os, les muscles ou les tendons.
- > **Caméra à scintillation ou gamma-caméra** : elle est utilisée en médecine nucléaire pour la détection de radioéléments qui permettent d'établir certains diagnostics (isotopes radioactifs de certains éléments naturels, iode, technétium, fluor, etc.).
- > **Tomographe à émission de positons (TEP) ou caméra à positons** : ces équipements sont fondés sur le même principe que la gamma-caméra. Ils constituent une évolution technologique de cette dernière et détectent des positons (ou positrons).

Depuis les années 1970, les pouvoirs publics ont pris diverses mesures afin d'encadrer la pratique des accouchements et de réduire les risques pour l'enfant et la mère. Ce cadre juridique a entraîné un long processus de restructuration et de concentration des maternités qui se poursuit, avec la diminution constante de leur nombre et une augmentation de la taille moyenne.

Un cadre juridique en deux étapes

La première étape de restructuration des maternités débute en 1972 avec la parution du décret Dienesch, applicable aux cliniques privées d'accouchement, qui impose des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique. Quinze lits minimum étaient notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. La même année, des normes identiques à celles du décret Dienesch sont mises en œuvre dans le secteur public.

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

Un mouvement régulier de concentration et de spécialisation

Dans le secteur privé, la parution en 1972 du décret Dienesch a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Dans le secteur public, ce sont les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes, qui ont été touchées. Avec l'application des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, la diminution du nombre de maternités de type 1

s'est poursuivie entre 1996 et 2018 au profit des maternités de types 2 et 3. En France métropolitaine, le nombre de maternités est passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 471 en 2018 hors service de santé des armées (SSA)¹.

Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux depuis trente ans, alors que la natalité en France métropolitaine est restée dynamique au cours de toute la période, avec 710 000 à 800 000 naissances par an (*graphique 1*). Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté durant cette période. Il est passé de 22 à 48 accouchements annuels par lit en moyenne entre 1975 et fin 2018. Parallèlement, la durée moyenne de séjour a diminué. Elle est passée de 8,0 jours en 1975 à 5,3 jours en 1996, puis à 4,6 jours en 2018.

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

Au 31 décembre 2018, 491 maternités sont dénombrées en France métropolitaine et dans les DROM (Mayotte inclus), y compris le SSA : 194 maternités de type 1, 142 de type 2a, 88 de type 2b et 67 de type 3. Elles totalisent 15 400 lits d'obstétrique et ont réalisé 742 000 accouchements² (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions). En 2008, 65 % des accouchements étaient réalisés dans un établissement de santé public, 8 % dans un établissement privé à but non lucratif et 27 % dans une clinique privée à but lucratif. Entre 2008 et 2018, le nombre d'accouchements a fortement baissé

1. Les données disponibles pour les années les plus anciennes sont hors DROM et hors service de santé des armées (SSA).

2. Non compris les 4 300 accouchements des maternités ayant fermé cours de l'année 2018 et les 4 000 accouchements hors établissements et suivis d'une hospitalisation en service obstétrique.

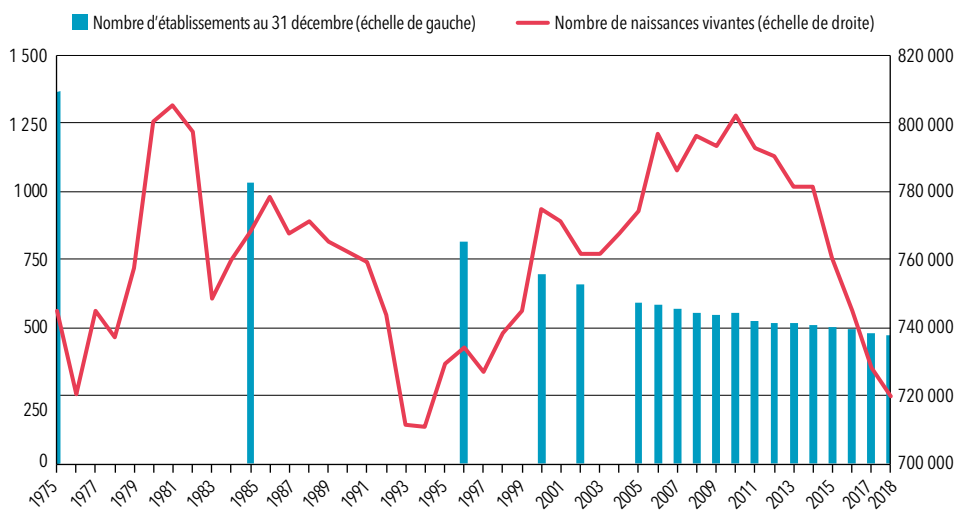
(-73 000), notamment dans les cliniques privées. De ce fait, la proportion d'accouchements se déroulant dans des maternités publiques a fortement progressé et atteint 71 % en 2018.

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2018, en France métropolitaine, hors SSA, une maternité de type 1 pratique en moyenne 762 accouchements par an, une maternité de type 2a, 1 440, une maternité de type 2b, 1 977, et une maternité de type 3, 3 128. La restructuration des maternités conduit donc à une concentration vers des maternités plus spécialisées et plus grandes. 37 % des maternités accueillent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (*graphique 2*). Parallèlement, seulement 5 % des maternités prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année, alors que cette proportion

était de 12 % en 1996. Ces maternités se situent majoritairement dans des départements montagneux (Savoie, Vosges) ou ruraux (Ardèche, Ariège, Aveyron, Cantal, Corrèze).

Les maternités disposant d'un service de néonatalogie, de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale (types 2a, 2b ou 3), qui représentent 60 % du total des 491 maternités, sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (79 % des maternités de type 2a et 2b et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 75 % des lits et 80 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de types 2 ou 3 (hors SSA) s'élevait à 43 % (*tableau 1*). Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2018, contre la moitié en 2002. ■

Graphique 1 Évolution du nombre des naissances vivantes et des maternités depuis 1975

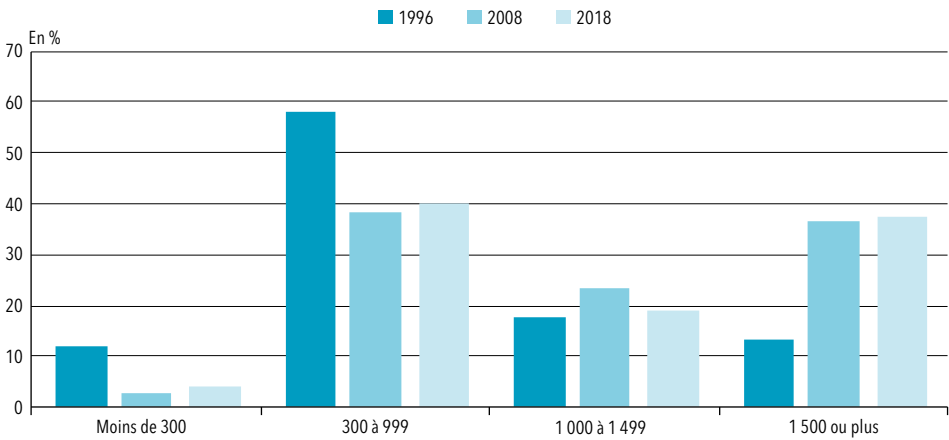


Note > Le nombre d'établissements a été corrigé pour les années 2009 à 2017 par rapport à celui publié dans l'édition 2019.

Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > Insee, état civil ; DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2018, traitements DREES.

Graphique 2 Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2008 et 2018



Champ > France métropolitaine, hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996, 2008 et 2018, traitements DREES.

Tableau 1 Répartition des accouchements selon le type de la maternité d'accueil en 1996, 2008 et 2018

	Année	Niveaux de spécialisation				Total
		Type 1	Type 2a	Type 2b	Type 3	
Nombre d'établissements au 31 décembre	1996	564	250			814
	2008	286	130	77	61	554
	2018	188	138	85	60	471
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443			725 337
	2008	251 655	218 528	141 520	170 761	782 464
	2018	145 801	199 776	168 022	190 831	704 430
Part d'accouchements	1996	57 %	43%			100 %
	2008	32 %	28 %	18 %	22 %	100 %
	2018	21 %	28 %	24 %	27 %	100 %

Note > En 1996, les définitions de niveau existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié A., *et al.*, 1998).
Champ > France métropolitaine, hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996, 2008 et 2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

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

Sources

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

Définitions

➤ **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique au 31 décembre 2018 et ayant comptabilisé au moins un accouchement dans l'année.

➤ **Type de maternité** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Quatre types de maternité sont ainsi définis. Un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2a s'il a aussi un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, de type 2b s'il a aussi un service de soins intensifs néonataux et de type 3 s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, des trois services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux) ainsi que d'un service de réanimation néonatale.

➤ **Naissances** : en 1977, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit un critère de viabilité, qui comptabilise les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée, ou les enfants – ou fœtus – pesant au moins 500 grammes. En 2008, la notion d'enfant sans vie est redéfinie par le décret n° 2008-800 du 20 août 2008. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Le nouveau dispositif n'est donc plus fondé sur le seuil de viabilité défini par l'OMS. Cependant, ce seuil conserve son caractère indispensable pour l'élaboration des statistiques sanitaires.

Pour en savoir plus

➤ **Arnault, S. et Exertier, A.** (2009). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

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

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

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

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

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

➤ **Cour des comptes** (2015, janvier). *Les maternités*. (Rapport).

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

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

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge des naissances évoluent, notamment grâce à l'amélioration de l'adéquation entre l'équipement des maternités et le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés. Le taux de césariennes, en augmentation constante jusqu'en 2007, s'est depuis stabilisé autour de 20 %.

Une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés présentant des risques

Les maternités de types 2b et 3 prennent en charge plus de la moitié des accouchements, bien qu'elles représentent moins d'un tiers des maternités (30 % des maternités ayant réalisé au moins un accouchement en 2018). Par ailleurs, elles accueillent la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la statistique annuelle des établissements (SAE) et du PMSI-MCO en 2018, 72 % des naissances multiples, 69 % des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et 70 % des naissances prématurées ont lieu dans une maternité de type 2b ou 3 (*graphique 1*).

Lorsque les patientes se trouvent dans une maternité ne disposant pas d'un environnement adapté à des conditions d'accouchement plus difficiles, elles peuvent être orientées vers des structures de type supérieur. En 2018, 600 femmes ont ainsi été transférées vers une maternité de type 2b et 1 800 vers une maternité de type 3¹.

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

Entre 2000 et 2007, le taux de césariennes a augmenté de manière régulière, passant de 17,4 % à 20,2 %. Depuis, il s'est stabilisé et s'établit à 19,9 % en 2018 (*graphique 2*). À titre de comparaison, en 2017, la France occupait le 9^e rang de l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de

développement économiques (OCDE), hors Japon et Grèce² pour son taux global de césariennes.

D'un type de maternité à un autre, les taux de césariennes sont proches. Les maternités de type 2b ont le taux le plus bas (18,9 % en 2018), tandis qu'il est légèrement plus élevé pour les maternités de type 3 (20,8 %), qui concentrent davantage d'accouchements difficiles et de très grands prématurés pour lesquels l'accouchement se fait très fréquemment par césarienne.

Parmi ces accouchements par césarienne, 67 % sont réalisés en urgence (avant ou au cours du travail) et 33 % ont été programmés. Pour les seuls établissements privés à but lucratif, la proportion de césariennes programmées atteint 40 % (contre respectivement 30 % et 35 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif).

Au total, 6,5 % de l'ensemble des accouchements pratiqués en 2018 sont des césariennes programmées. Si l'on se restreint aux seuls accouchements à terme³, ce ratio s'établit à 6,6 %⁴. Il varie de 5,9 % dans les hôpitaux publics à 8,8 % au sein des cliniques privées.

Une augmentation des naissances multiples

Si la part des accouchements uniques est largement majoritaire (plus de 98 %), la proportion d'accouchements multiples a progressé lentement mais régulièrement entre 1997 et 2018. Alors qu'ils

1. Il s'agit du nombre de femmes transférées pour accouchement, dans le cadre d'une hospitalisation, dans un autre établissement de MCO. Depuis la refonte de la SAE en 2013, ce nombre est calculé à l'aide du PMSI-MCO, mais il n'est pas possible de savoir si le transfert s'effectue vers une structure de type supérieur. Avant la refonte de la SAE, les femmes transférées depuis une consultation externe étaient également comptabilisées.

2. En 2017, l'OCDE comptait 36 pays ; la France était au 9^e rang sur 34 pays (hors Japon et Grèce).

3. Un accouchement est dit « à terme » lorsqu'il intervient à 37 semaines d'aménorrhée ou plus.

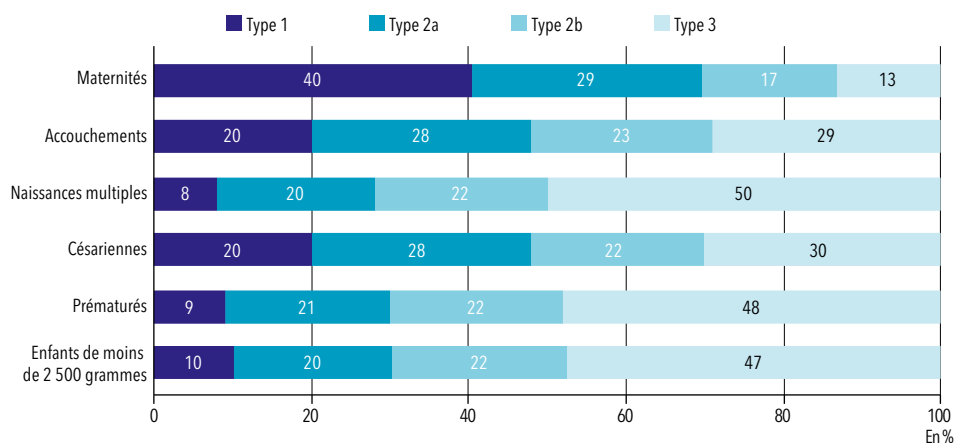
4. Ce ratio correspond au nombre de césariennes programmées à terme rapporté au nombre total des accouchements à terme.

représentaient 1,4 % de l'ensemble des accouchements en 1997, leur part s'établit à 1,7 % en 2018. Cette augmentation est liée au développement de la procréation médicalement assistée (PMA) et à l'augmentation de l'âge moyen de la maternité.

Des séjours plus courts

En 2018, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est inférieure à 4,6 jours, soit une baisse de près de 1 journée par rapport à 2003 (tableau 1). Cette diminution s'applique aussi bien au secteur

Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2018

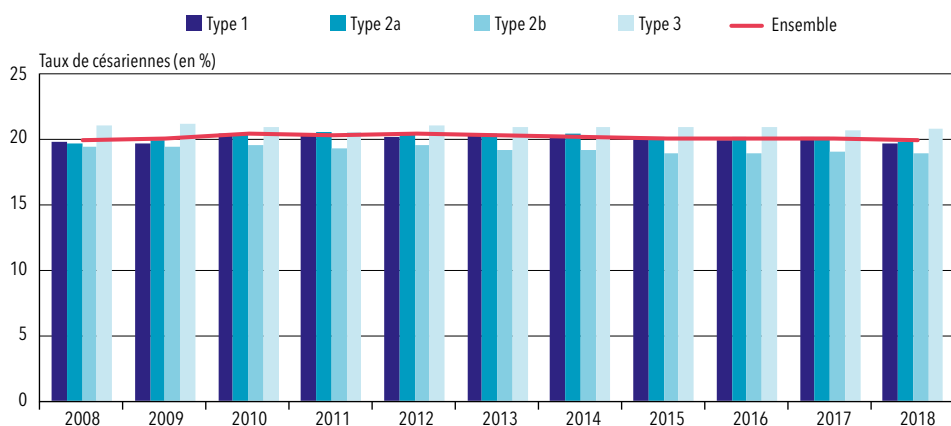


Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2018. Cette édition présente pour la première fois séparément les résultats des maternités de type 2a et 2b.

Champ > Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2018 ; ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution des taux de césariennes par type de maternité depuis 2008



Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2018. Cette édition présente pour la première fois séparément les résultats des maternités de type 2a et 2b.

Champ > Ensemble des accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte depuis 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2008-2018, traitements DREES.

public qu’au secteur privé. Par ailleurs, sur l’ensemble des accouchements, il n’y a pas de différence notable de durée moyenne de séjour selon le statut de l’établissement.

En revanche, le mode d’accouchement influe grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d’un séjour pour un accouchement par césarienne, tous secteurs confondus,

est de 6,3 jours en 2018, contre 4,2 jours pour un accouchement par voie basse. La durée moyenne d’un séjour pour accouchement par césarienne dans le secteur public est supérieure de 1 jour (6,6 jours en 2018) à celle du secteur privé, à but lucratif ou non (5,6 jours). Pour les deux modes d’accouchement, les durées moyennes de séjour baissent depuis 2003. ■

Tableau 1 Évolution de la durée des séjours pour accouchement selon le statut de l’établissement et le mode d’accouchement

	En jours							
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2003	2018	2003	2018	2003	2018	2003	2018
Accouchements par voie basse	4,9	4,3	4,9	4,1	5,0	4,1	4,9	4,2
Accouchements par césarienne	8,3	6,6	7,8	5,6	7,6	5,6	8,0	6,3
Ensemble des accouchements	5,5	4,7	5,5	4,3	5,5	4,4	5,5	4,6

Champ > Accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte en 2018), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003 et 2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

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

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) décrit l’activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le programme de médicalisation des systèmes d’information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l’offre de soins (DGOS) et l’Agence technique de l’information sur l’hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l’activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997, pour chaque séjour réalisé.

Définitions

> **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d’une autorisation d’obstétrique ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l’année 2018, qu’elles soient ouvertes ou non au 31 décembre 2018.

> **Types de maternité** : les décrets de périnatalité du 9 octobre 1998 (désormais articles D. 6124-35 et suivants du Code de santé publique) ont posé un cadre d’organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d’accueil. Quatre types de maternité sont ainsi possibles : un établissement est dit de type 1 s’il possède un service d’obstétrique, de type 2a s’il dispose aussi d’un service de néonatalogie, de type 2b s’il a aussi un service de soins intensifs néonataux et de type 3 s’il dispose d’un service de réanimation néonatale sur le même site que les trois services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux).

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

Pour en savoir plus

- > **Arnault, S. et Exertier, A.** (2010). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Baubeau, D. et Buisson, G.** (2003, décembre). La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001. DREES, *Études et Résultats*, 275.
- > **Blondel, B., et al.** (2017, octobre). Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016. Results from the French National Perinatal Surveys. Elsevier Masson, *Journal of Gynecology, Obstetrics and Human Reproduction*.
- > **Blondel, B., Gonzalez, L. et Raynaud, P. (dir.)** (2017, octobre). *Enquête nationale périnatale. Les naissances et les établissements – Situation et évolution depuis 2010*. (Rapport 2016). Inserm, DREES.
- > **Bourdillon, F., Fourcade, N., von Lennep, F. et al (dir.)** (2017). *L'état de santé de la population en France*. (Rapport). Paris, France : DREES – Santé publique France.
- > **Coulm, B. et Blondel, B.** (2013, février). Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. Elsevier Masson : *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 42/1.
- > **Fresson, J., Vanhaesebrouck, A. et Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.
- > **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)** (2019, décembre). *Panorama de la santé 2019. Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : OCDE.
- > **Séjourné, N. et Callahan, S.** (2013, avril). Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans péridurale. Elsevier Masson, *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 42/2.

En 2018, en France métropolitaine et dans les DROM, 709 structures des urgences situées dans 636 établissements de santé ont traité 21,8 millions de passages, soit une progression de 2,0 % par rapport à 2017. Un quart des structures enregistre 40 000 passages annuels ou plus, tandis que 59 % en accueillent moins de 30 000. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 101 Samu et 387 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Le secteur public fournit la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence.

Depuis les décrets de mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence, cette activité est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est faite par les services d'aide médicale urgente (Samu). Si leur état le nécessite, les patients sont ensuite pris en charge à domicile (ou sur la voie publique, le lieu de travail, etc.) par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), qui peut être une structure permanente ou saisonnière. Enfin, les patients pris en charge par le SMUR sont transportés vers la structure des urgences la plus proche et disposant du plateau technique le plus adapté à leur état. Dans certains territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du Samu (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale. Les structures d'urgence accueillent également les patients se présentant directement, de leur propre initiative ou sur avis médical.

L'organisation de la médecine d'urgence

En 2018, en France métropolitaine et dans les DROM (Mayotte incluse), y compris le service de santé des armées (SSA), 636 établissements de santé ont une autorisation d'accueil des urgences pour un total de 709 structures (un établissement pouvant avoir une autorisation d'urgences générales et pédiatriques).

À ces établissements s'ajoutent 387 SMUR et 101 Samu (*tableau 1*).

La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public, qui concentre 76 % des structures, tandis que 18 % d'entre elles dépendent du secteur privé à but lucratif et seulement 6 % du secteur privé à but non lucratif. La quasi-totalité des SMUR (98 %) sont implantés dans des établissements publics et les Samu sont, eux, exclusivement publics.

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

Les autorisations des SMUR et des structures des urgences peuvent être générales ou pédiatriques. Dans les faits, elles sont majoritairement générales. En effet, seulement 13 % des 709 structures des urgences et 5 % des SMUR ont une autorisation d'urgences pédiatriques. Dans les structures des urgences générales, les patients de moins de 18 ans représentent 18 % des passages en 2018 (19 % en 2017¹). Le cas échéant, la prise en charge de ces enfants est organisée au sein d'une filière de soins spécifique, en collaboration avec une structure de pédiatrie. Par ailleurs, si 24 % des structures des urgences relèvent du secteur privé, à but lucratif ou non, c'est le cas de 6 % seulement de celles qui sont autorisées en pédiatrie.

1. Le pourcentage indiqué pour l'année 2017 est une correction de celui paru dans l'édition 2019 de l'ouvrage.

Un nombre annuel de passages en hausse

En 2018, les 709 structures des urgences de France métropolitaine et des DROM (Mayotte incluse), y compris le SSA, ont pris en charge 21,8 millions de passages, soit une progression de 2,0 % par rapport à 2017 (*tableau 2*). Sur plus longue période, le nombre annuel de passages continue de progresser à un rythme régulier. Pour la France métropolitaine, hors SSA, le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions en 1996. Il est depuis en augmentation de 3,6 % en moyenne chaque année, excepté en 2010, et atteint 21,1 millions de passages en 2018 (*graphique 1*). La part des passages aux urgences du secteur privé (à but lucratif ou non) est stable depuis 2010 et s'établit à 19 % en 2018. La permanence des soins est en effet ouverte à l'ensemble des établissements de santé depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires (2009), y compris aux cliniques privées.

Des structures majoritairement de petite taille

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 30 800 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques (27 300 passages par an en moyenne) que dans les structures des urgences générales (31 300 passages par an). Par ailleurs, les structures générales des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille que celles des établissements publics et enregistrent en moyenne 23 800 passages annuels, contre 33 700 dans le secteur public. Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 18 % des unités d'urgences reçoivent moins de 15 000 passages par an et 59 %, moins de 30 000. À l'opposé, 25 % des structures enregistrent 40 000 passages ou plus par an et traitent 47 % de l'ensemble des passages. ■

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé sièges de services d'urgences en 2018 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
Structure générale	389	31	127	547
Structure générale et pédiatrique ¹	69	4	-	73
Structure pédiatrique	15	1	-	16
Ensemble	473	36	127	636
SMUR				
SMUR général	361	5	1	367
SMUR général et pédiatrique	12	-	-	12
SMUR pédiatrique	8	-	-	8
Ensemble	381	5	1	387
Samu	101	0	0	101

1. Les 73 établissements comportant une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques totalisent 146 structures d'urgences.

Note > Une structure des urgences est dite générale si elle accueille des adultes et des enfants et exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants. 73 établissements ont une autorisation pour les urgences générales et pédiatriques.

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

Source > DREES, SAE 2018, traitements DREES.

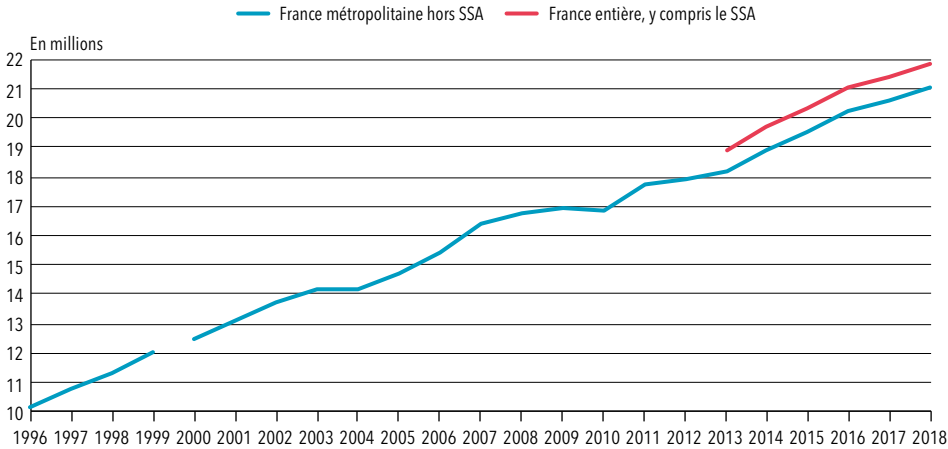
Tableau 2 Nombre de passages aux urgences en 2018 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2018	Évolution 2017-2018 (en %)	2018	Évolution 2017-2018 (en %)	2018	Évolution 2017-2018 (en %)	2018	Évolution 2017-2018 (en %)
Structures générales	11 784 355	3,5	785 596	0,7	3 017 037	3,9	15 586 988	3,4
Structures pédiatriques	645 070	0,2	60 622	-3,0	0	-	705 692	-0,1
Structures générales et pédiatriques	5 281 701	-1,6	257 948	1,4	0	-	5 539 649	-1,4
Urgences générales	3 655 611	-1,7	158 793	2,5	0	-	3 814 404	-1,5
Urgences pédiatriques	1 626 090	-1,3	99 155	-0,3	0	-	1 725 245	-1,2
Ensemble	17 711 126	1,8	1 104 166	0,7	3 017 037	3,9	21 832 329	2,0

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

Sources > DREES, SAE 2017-2018, traitements DREES.

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



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

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA depuis 2013 ; France métropolitaine hors SSA jusqu'en 2012.

Sources > DREES, SAE 1996-2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements publics et privés de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), bénéficiant en 2018 d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R6123-1 à R6123-32 du Code de la santé publique).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'équipement, l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences. Le bordereau a été modifié à compter de la SAE 2007 pour se conformer à la nouvelle législation relative à la médecine d'urgence à la suite des décrets du 22 mai 2006. Les données présentées sont issues des bordereaux « structures des urgences » et « Samu SMUR » de la SAE renouvelée en 2013. Des corrections ont été apportées aux réponses brutes déclarées par les établissements, notamment concernant les autorisations.

Définition

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

Pour en savoir plus

- **Baubeau, D. et Carrasco, V.** (2003, janvier). Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES, *Études et Résultats*, 212.
- **Boisguérin, B.** (2019, octobre). Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans. DREES, *Études et Résultats*, 1128.
- **Boisguérin, B., Toutlemonde, F. et Vuagnat, A.** (2018) Caractéristiques de la prise en charge des patients aux urgences. *Soins*, 63(825),16-19.
- **Boisguérin, B., Brilhault, G., Ricroch L. et al.** (2015). Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES. Dans B. Boisguérin et G. Brilhault (coord.). *Le Panorama des établissements de santé*, édition 2014 (p. 31-47). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.
- **Boisguérin, B. et Valdelièvre, H.** (2014, juillet). Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES, *Études et Résultats*, 889.
- **von Lennep, F. (dir.)** (2015, juin). Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. Actes du colloque du 18 novembre 2014. DREES, *Dossiers solidarité et santé*, 63.
- **Ricroch, L. et Vuagnat, A.** (2017, février). Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. DREES, *Études et Résultats*, 997.
- **Ricroch, L.** (2016, septembre). Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers. DREES, *Études et Résultats*, 973.
- **Ricroch, L. et Vuagnat, A.** (2015, août). Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. DREES, *Études et Résultats*, 929.
- **Ricroch, L.** (2015, mars). Les urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité. DREES, *Études et Résultats*, 906.
- **Seimandi, T.** (2019, décembre). Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires. DREES, *Études et Résultats*, 1136.
- **Vuagnat, A.** (2013). Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Dans B. Boisguérin et G. Brilhault (coord.). *Le Panorama des établissements de santé*, édition 2013 (p. 9-28). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.

La France a réalisé 224 300 IVG en 2018, dont 168 500 en établissements de santé, 50 500 en cabinets privés et 5 300 en centres de santé, centres de planification ou d'éducation familiale. L'indice conjoncturel vaut 0,56, pour un taux de recours de 15,5 IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, en légère hausse, mais avec des inégalités régionales. La part des IVG réalisées hors établissement de santé ne cesse d'augmenter, représentant 25 % de l'ensemble en 2018.

En 2018, 168 500 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en établissement de santé en France métropolitaine et dans les DROM (Mayotte incluse, mais non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy). S'y ajoutent les 50 500 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville et les 5 300 IVG réalisées en centre de santé, centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF), autorisées depuis mai 2009. Le total représente 224 300 IVG en 2018. En établissement, 87 IVG sur 100 sont pratiquées à l'hôpital public.

En France, le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans est de 15,5. Il varie significativement d'un département à l'autre : de moins de 10 dans les Ardennes, en Mayenne ou Maine-et-Loire à 28 pour la moyenne des DROM (*carte 1*). Il s'élève à 22 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion, 25 à Mayotte, 28 en Martinique, 35 en Guyane et 39 en Guadeloupe. En métropole, l'Île-de-France et le Sud-Est se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne des autres régions.

Le taux de recours et la part de la méthode médicamenteuse progressent légèrement

Le taux de recours à l'IVG augmente globalement depuis 1995 (*graphique 1*). L'indice conjoncturel d'IVG, correspondant à la somme des taux d'IVG de chaque âge, permet d'évaluer le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux de recours de l'année considérée. Cet indice, qui permet de gommer les effets de l'évolution dans le temps de la structure d'âge des

femmes, s'élève à 0,56 IVG par femme en 2018. Son évolution suit celle des taux de recours, de façon un peu atténuée.

Après une période d'augmentation de 1995 à 2006, le nombre d'IVG a évolué de façon irrégulière. Il est en augmentation en 2017 et 2018, mais reste inférieur au nombre observé en 2013 (*graphique 2*). Le nombre d'IVG continue de diminuer en milieu hospitalier en raison d'un report des IVG médicamenteuses vers les cabinets de ville, où elles sont autorisées depuis 2004 (*graphique 2*) et, dans une moindre mesure, depuis leur autorisation en mai 2009 en centres de santé ou en CPEF. En milieu hospitalier, le nombre des IVG médicamenteuses progresse encore légèrement, tandis que celui des IVG chirurgicales continue de diminuer lentement. Au total, en ville ou en établissement, la méthode médicamenteuse est utilisée pour 70 % des IVG en 2018, contre 47 % en 2006.

Une IVG sur quatre est réalisée hors structure hospitalière avec la méthode médicamenteuse

En 2018, 50 500 IVG médicamenteuses ont été pratiquées en cabinet libéral¹ et 5 300 en centre de santé ou en CPEF. Ces IVG médicamenteuses hors structure hospitalière représentent 25 % du total des IVG. Cette part demeure très inégale selon les régions (*carte 2*). Les IVG en centre de santé sont encore très peu nombreuses, puisqu'elles ne représentent que 2,4 % du total des IVG en 2018. Près de la moitié d'entre elles ont eu lieu en Île-de-France,

1. Tous régimes d'Assurance maladie confondus, y compris le régime agricole et celui des indépendants

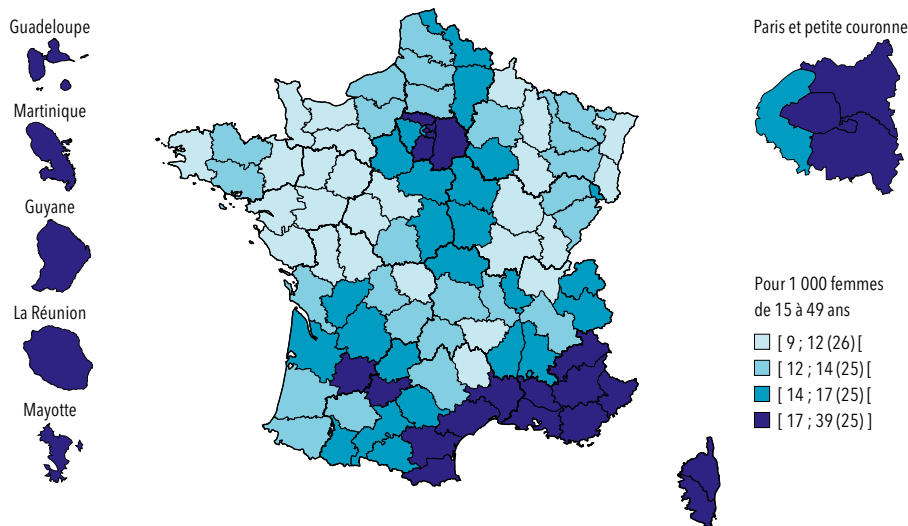
alors que cette région totalise moins du quart de l'ensemble des IVG.

En 2018, la prise en charge des IVG hospitalières a été assurée sur 556 sites géographiques, ce qui correspond à 502 entités juridiques², dont plus des deux tiers sont publiques. La part de ce secteur dans la prise en charge des IVG en établissement continue de croître. En 2018, 87 % sont pratiquées dans le secteur public, contre 60 % en 1990.

1 973 praticiens conventionnés pratiquent des IVG dans leur cabinet

Les données de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) répertorient 976 gynécologues, 749 omnipraticiens et 248 sages-femmes ayant réalisé au moins une IVG dans leur cabinet de ville en 2018³. 130 centres de santé, CPEF, ont été remboursés d'au moins un forfait de prise en charge des frais relatifs à l'IVG. ■

Carte 1 Taux de recours à l'IVG en 2018



Note > Les bornes correspondent à une distribution en quartiles.

Lecture > Dans l'Ain on compte 10,5 IVG de femmes résidentes pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

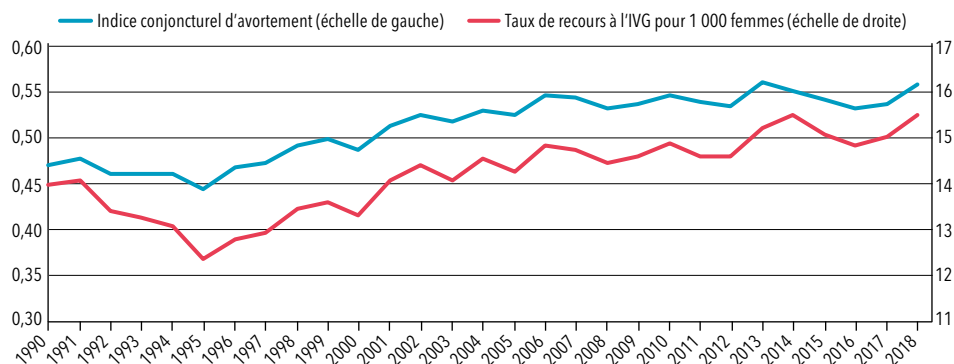
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte mais non compris Saint-Barthélemy et Saint-Martin), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, 2018, traitements DREES ; CNAM, DCIR, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

2. Dans le PMSI, une IVG correspond, à un groupe homogène de malades (GHM) d'IVG, alors que dans la SAE, les établissements peuvent fournir un autre nombre d'IVG s'ils considèrent que le nombre de GHM d'IVG ne correspond pas au nombre d'IVG réalisées. La SAE recense 502 établissements juridiques ayant réalisé au moins une IVG, contre 511 pour le PMSI.

3. Sur un total d'environ 5 300 gynécologues, 68 000 généralistes et 7 000 sages-femmes en cabinet.

Graphique 1 Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans et indice conjonctuel d'avortement (ICA) depuis 1990

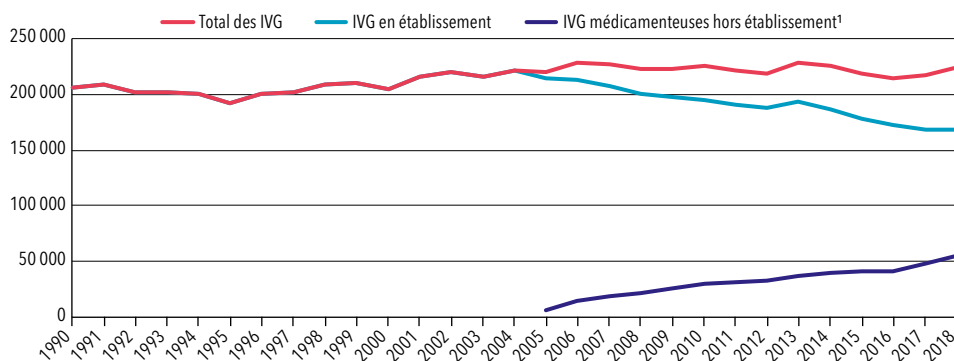


Note > Le taux de recours est calculé en rapportant le nombre total d'IVG à l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans. L'indice conjonctuel d'avortement correspond à la somme des taux d'IVG de chaque âge.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte jusqu'en 2013, y compris le SSA, mais non compris la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) jusqu'en 2009.

Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM, Sniiram, traitements DREES ; Insee, estimation de la population.

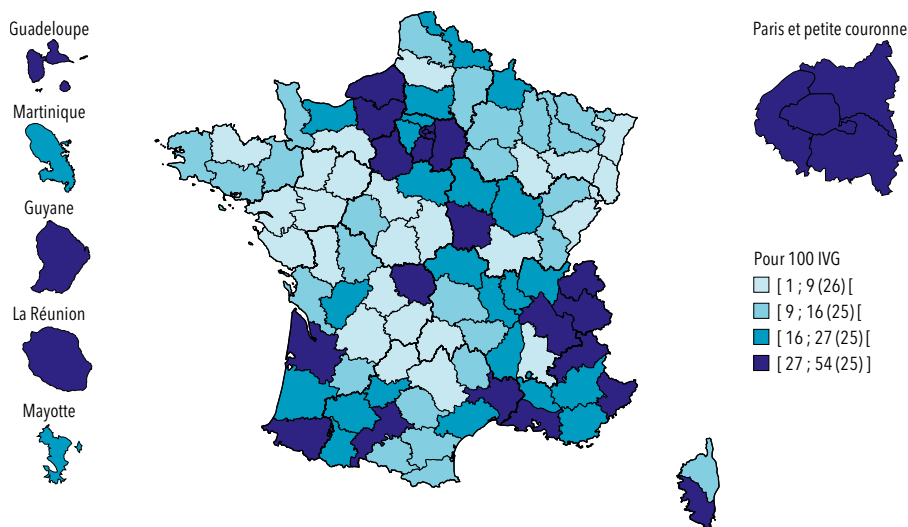
Graphique 2 Évolution du nombre d'IVG depuis 1990



1. Forfaits médicaments de ville (FMV) : de 2005 à 2009, selon la date de liquidation (traitement du remboursement par la Sécurité sociale) et le régime général ; à partir de 2010, selon la date des soins et tous régimes confondus.

Champ > France métropolitaine et DROM (Mayotte incluse depuis 2012, non compris Saint Martin et Saint-Barthélemy depuis 2015), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM, Sniiram (forfaits médicaments de ville, tous régimes confondus), traitements DREES.

Carte 2 Part des IVG réalisées hors établissements de santé en 2018

Note > Les bornes correspondent à une distribution en quartiles.

Lecture > 19,8 % des IVG concernant des femmes de l'Ain sont réalisées hors structure hospitalière.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, traitements DREES ; CNAM, DCIR, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

France métropolitaine et DROM (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy mais Mayotte incluse), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé et, pour les IVG, l'activité et les personnels travaillant au sein des services. Le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) permet de recueillir des données individuelles, avec des indications sur l'âge de la femme et son lieu de domicile. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), via le Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram) recueille le nombre de forfaits remboursés concernant des IVG réalisées en cabinet libéral, en centre de santé et en centre de planification ou d'éducation familiale par méthode médicamenteuse, y compris pour la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) depuis 2010.

Cadrage

La loi du 4 juillet 2001 a introduit une première modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est pratiquée en établissement depuis 1989. La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville jusqu'à 5 semaines de grossesse. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. La loi du 19 décembre 2007 et le décret d'application de mai 2009 ont étendu ce dispositif aux centres de santé et aux centres de planification ou d'éducation familiale. Le tarif payé aux établissements de santé pratiquant l'IVG a été revalorisé de 50 % le 31 mars 2013. Tous les actes nécessaires pour réaliser une IVG sont remboursés à 100 % depuis le 1^{er} avril 2016. Les sages-femmes peuvent pratiquer une IVG médicamenteuse depuis le décret d'application de juin 2016.

Pour en savoir plus

- > **Collectif** (2011). Dossier thématique : l'interruption volontaire de grossesse. *La Revue française des affaires sociales*, 2011(1).
- > **Bourdillon, F., Fourcade, N., von Lennep, F. et al. (dir.)** (2017). *L'état de santé de la population en France*. (Rapport). Paris, France : DREES - Santé publique France, p. 166.
- > **Vilain, A.** (2019, septembre). 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1125.
- > **Vilain, A.** (2009, décembre). Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. DREES, *Études et Résultats*, 712.

Depuis 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) développe, valide et met à disposition des indicateurs de structure, de processus et de résultats pour évaluer la qualité et la sécurité des soins du patient dans les établissements de santé, en vue de les améliorer. Les indicateurs recueillis pour 2018 portent principalement sur la qualité de la coordination des prises en charge, au cours du séjour ou entre la ville et l'hôpital. La mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients a été étendue aux séjours de chirurgie ambulatoire.

La Haute Autorité de santé (HAS) met en œuvre un recueil national d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), réalisé en collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Parce que la qualité des soins est une notion multidimensionnelle (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions), son évaluation s'appuie sur trois grandes catégories d'indicateurs, complémentaires entre eux : les indicateurs de structure, ceux de processus et ceux de résultats. Actuellement, 34 des 39 IQSS utilisés sont des indicateurs de processus (*tableau 1*). Ils ne sont pas tous mesurés chaque année et évoluent en fonction des recommandations de bonnes pratiques, du cadre réglementaire ou de l'atteinte de l'objectif fixé.

Depuis 2017, trois nouveaux indicateurs sur la coordination au cours du séjour

La coordination des soins au cours du séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en hospitalisation à domicile (HAD) est suivie depuis 2 ans grâce à trois nouveaux indicateurs (*tableau 2*). Le premier concerne la qualité du projet de soins – projet de vie en SSR. Ce projet est le socle de la prise en charge rééducative coordonnée, pluriprofessionnelle et adaptée aux besoins du patient. Sa qualité est jugée sur huit critères, conduisant à un score national moyen pondéré de 86/100 en 2018, soit une progression de deux points par rapport à 2017. Ces résultats montrent qu'un projet de soins est formalisé pour huit patients sur dix. Toutefois, la tenue d'au moins deux

réunions pluri-professionnelles n'est établie que pour sept patients sur dix.

Le deuxième indicateur est celui de la qualité de la tenue du dossier patient en HAD, jugée sur neuf critères pour 2018 (huit pour 2017). Les établissements répondants ont atteint un score moyen de 86/100 en 2018, résultat en progression par rapport à 2017 (84/100). Cependant, les résultats restent un peu en retrait pour l'identification de la personne de confiance, l'accord du médecin traitant, ainsi que l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile.

Enfin, le troisième indicateur concerne la coordination des soins en HAD. Les résultats ont nettement progressé en deux ans (+5 points), mais les établissements ont une marge de progression importante, particulièrement sur l'information du médecin traitant, le suivi des intervenants et de leurs tâches, la réalisation de réunions pluriprofessionnelles et la traçabilité de l'évaluation des moyens logistiques déjà en place.

La coordination avec la médecine de ville en sortie d'hospitalisation, autre enjeu important

La coordination hôpital-ville fait aussi l'objet d'un suivi spécifique, grâce aux indicateurs concernant les informations transmises par l'hôpital à la fin du séjour. Rendue obligatoire par le décret de 2016¹, la lettre de liaison à la sortie de l'établissement de santé est l'un des éléments importants pour assurer

1. Le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

la coordination avec les professionnels de santé exerçant en ville.

Sa qualité est évaluée en services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) par l'indicateur « qualité de la lettre de liaison à la sortie », composé de 12 critères pour 2018 (14 critères pour 2017). Les résultats nationaux sont faibles mais en nette progression, avec un score national moyen pondéré de 49/100 en 2018, après 43/100 en 2017. Deux axes restent principalement à travailler : la remise de la lettre aux patients et la synthèse des traitements médicamenteux.

La qualité de la lettre de liaison après chirurgie ambulatoire, évaluée sur la base de 10 critères pour 2018 (12 pour 2017), conduit à des résultats

encore moyens, quoique là aussi en nette hausse (score national moyen pondéré de 58/100 en 2018, après 46/100 en 2017). Les marges de progressions existent notamment pour la remise de la lettre au patient, le traitement médicamenteux et la planification des soins à la sortie.

La qualité de la lettre de liaison à la sortie a été mesurée en SSR pour la première fois sur 2018 (10 critères). Les résultats sont plus élevés qu'en MCO (score moyen national pondéré de 69/100). Des améliorations sont encore possibles, comme en MCO, pour la remise de la lettre au patient : la lettre de liaison à la sortie n'est remise qu'à 1 patient sur 2, alors qu'il est attendu qu'elle le soit pour tous. La synthèse des traitements médicamenteux

Tableau 1 Typologie 2019 des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS

Libellé des domaines	Nombre d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins			
	Structure	Processus	Résultats	Ensemble
Coordination				
Coordination au cours du séjour	0	3	0	3
Coordination hôpital-ville	0	2	0	2
Sécurité au cours d'une hospitalisation (dont prévention des IAS)	2	0	1	3
Éléments de prise en charge spécifique				
Évaluation et prise en charge de la douleur en MCO et SSR	0	2	0	2
Dépistage des troubles nutritionnels en HAD	0	1	0	1
Évaluation du risque d'escarres en HAD	0	1	0	1
Parcours de prise en charge (indicateurs non recueillis sur 2018)				
Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum	0	3	0	3
Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral	0	6	0	6
Prise en charge des patients hémodialysés chroniques	0	5	0	5
Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte	0	5	0	5
Parcours du patient en chirurgie ambulatoire (1 seul indicateur recueilli sur 2018)	0	6	0	6
Expérience et satisfaction du patient (e-Satis)	0	0	2	2
Ensemble des domaines	2	34	3	39

IAS : infections associées aux soins ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

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

Source > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

peut aussi être améliorée : elle n'est disponible que dans 8 lettres sur 10, alors qu'elle est indispensable, comme prévu réglementairement par le Code de la santé publique².

La sécurité au cours d'une hospitalisation : des actions à poursuivre

Le thème de la sécurité des soins au cours d'une hospitalisation est suivi par trois indicateurs pour

2018. Les deux premiers sont des indicateurs de processus sur la consommation de produits hydro-alcooliques (ICSHA.3). Ils mesurent l'utilisation par les professionnels de solutions hydro-alcooliques pour se désinfecter les mains, geste majeur pour prévenir les infections associées aux soins (IAS) [voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions]. Un objectif adapté est fixé à chaque établissement, qui doit l'atteindre à 100 %. Les résultats montrent une

Tableau 2 Indicateurs de structure et de processus pour la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé, recueillis sur 2018, moyennes nationales pondérées

Indicateurs par domaine recueillis sur 2018	2015	2016	2017	2018
Coordination au cours du séjour				
Projet de soins - Projet de vie en SSR	-	-	84/100	86/100
Tenue du dossier patient en HAD - version 2	-	-	84/100	86/100
Coordination en HAD	-	-	69/100	74/100
Coordination hôpital-ville				
Qualité de la lettre de liaison à la sortie en MCO	35/100	-	43/100	49/100
Qualité de la lettre de liaison à la sortie en SSR	-	-	-	69/100
Sécurité au cours d'une hospitalisation (dont prévention des IAS)				
ICSHA.3 : consommation des produits hydro-alcooliques - version 3 - MCO/HAD/SSR (score médian)	-	-	-	72 % ¹
ICSHA.3 : consommation des produits hydro-alcooliques - version 3 - PSY (score médian)	-	-	-	56 % ¹
Éléments de prise en charge				
Évaluation et prise en charge de la douleur en MCO	-	-	-	87 %
Évaluation et prise en charge de la douleur en SSR	-	-	-	86 %
Dépistage des troubles nutritionnels - HAD	71 %	-	73 %	77 %
Évaluation du risque d'escarres - HAD	83 %	-	84 %	82 %
Parcours du patient en chirurgie ambulatoire				
Qualité de la lettre de liaison après chirurgie ambulatoire	-	-	46/100	58/100

IAS : infections associées aux soins ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; PSY : psychiatrie.

1. médiane nationale : la moitié des établissements sont en dessous de la valeur indiquée.

Note > En 2016, seuls les indicateurs de pratique clinique ont été recueillis (voir l'édition 2018 de cet ouvrage). En 2018, les indicateurs du domaine « parcours de prise en charge » suivants sont suspendus : chirurgie de l'obésité, dialyse, et prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum. Pour en savoir plus sur les indicateurs recueillis en 2015 et 2017, consulter l'édition 2019 de cet ouvrage.

Lecture > Les notes sur 100 indiquent un score national moyen. 86/100 correspond ainsi au score national moyen pondéré concernant le projet de soins - projet de vie pour le SSR, atteint en 2018. Les pourcentages indiquent une proportion nationale de dossiers patients remplissant une condition. En moyenne au niveau national, 87 % des patients ont eu leur douleur évaluée et prise en charge en MCO quand cela le nécessitait.

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

Source > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

2. Article R1112-1 du Code de santé publique. Site *Légifrance*, rubrique Accueil, Les codes en vigueur, Code de la santé publique - Article R1112-1.

marge d'amélioration encore importante pour la plupart des 2 800 établissements de santé MCO, HAD et SSR d'une part, et pour les 460 établissements psychiatriques participants d'autre part, la moitié d'entre eux ayant atteint respectivement moins de 72 % et moins de 56 % de leur objectif³.

Le troisième indicateur sur la sécurité des soins collecté en 2018 est un indicateur de résultat qui suit les événements thromboemboliques après pose de prothèse totale de hanche (PTH) ou prothèse totale de genou (PTG). Il est calculé depuis trois ans à partir du PMSI-MCO. Parmi les 749 établissements concernés, 46 ont des résultats moins bons que le nombre attendu⁴ en 2018 (6,1 %, après 6,4 % en 2017). Parallèlement, le taux national brut d'événements thromboemboliques après la pose de PTH ou PTG continue de diminuer régulièrement, passant de 13,3 ‰ en 2015 à 7,5 ‰ en 2018 (tableau 3). Pour continuer d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, trois axes peuvent être travaillés : la cause de survenue de ces événements doit être analysée par localisation de la prothèse, l'écho-Doppler diagnostique ne doit pas être utilisé de manière systématique et le codage dans le PMSI des événements et des actes doit respecter les consignes en vigueur.

Quatre indicateurs de processus sur des éléments de prise en charge spécifiques en 2018

La HAS a fait évoluer en MCO et en SSR les indicateurs sur l'évaluation de la douleur qui étaient recueillis depuis 2008. Plus exigeants, ils mesurent maintenant l'évaluation et la prise en charge de la douleur : en plus du prérequis d'une évaluation de la douleur avec une échelle, ils évaluent aussi l'existence d'une stratégie de prise en charge et sa réévaluation périodique, pour tous les patients ayant au moins une douleur modérée. Les résultats en MCO et en SSR sont similaires : près de 9 patients

sur 10 ont vu leur douleur évaluée et prise en charge quand cela était nécessaire. Néanmoins, 6 % des patients n'ont pas eu d'évaluation de leur douleur ou sont évalués sans recourir à l'échelle de référence. Le troisième élément de prise en charge spécifique concerne le dépistage des troubles nutritionnels en HAD. La part des patients pour lesquels des dépistages ont été réalisés progresse significativement ces dernières années, passant de 59 % des patients en 2015 à 77 % en 2018. Dans les structures d'HAD, la mention d'une seconde mesure du poids dans les 15 jours suivant la première mesure et la recherche de variation du poids à l'entrée restent toujours à améliorer.

Enfin, le quatrième élément concerne l'évaluation du risque d'escarres en HAD chez les patients à risque parce que peu autonomes⁵. En 2018, près de 2 patients sur 10 ne bénéficient pas de cette évaluation, dont la systématisation reste à atteindre.

Extension des indicateurs de satisfaction et d'expérience des patients aux séjours de chirurgie ambulatoire

Recueillir le point de vue des patients est incontournable pour améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé. La mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients (dispositif e-Satis) permet de porter un regard complémentaire aux autres indicateurs de qualité centrés sur le respect des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles.

Pour la troisième année consécutive, la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO est mesurée. La note moyenne donnée par les patients au niveau national est de 73,3/100 en 2018, quasi stationnaire depuis 2016. En revanche, la participation des patients progresse, avec 190 470 questionnaires complets et exploitables en 2018 (124 628 questionnaires en 2017).

3. Les résultats 2018 ne sont donc pas comparables à ceux de l'année précédente : le recueil a été réalisé au niveau des établissements géographiques, et non plus des entités juridiques, sauf en psychiatrie. La psychiatrie a donc son propre résultat médian.

4. C'est-à-dire que le taux observé d'événements thromboemboliques dans ces établissements est supérieur au taux attendu. Le nombre « attendu » d'événements prend en compte les facteurs associés au risque, indépendants de la qualité des soins, qui sont identifiables dans le PMSI. Il est calculé en utilisant un modèle de régression réalisé sur l'ensemble de la population de référence (séjours des patients cibles, issus du PMSI France entière).

5. Il s'agit des patients dont l'indice de Karnofski, qui évalue le degré d'autonomie des patients, est inférieur à 50. Pour l'année 2018, 13 215 dossiers ont été analysés par 270 établissements.

Tableau 3 Indicateurs de résultats pour la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé

Indicateurs de résultats recueillis sur 2018	2015	2016	2017	2018
Dispositif e-Satis : expérience et satisfaction des patients				
Indicateur e-Satis 48h MCO : expérience et satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO¹				
Score national de satisfaction globale et d'expérience	-	72,7/100	73,2/100	73,3/100
Pour information, note par sous-dimension :				
Accueil du patient	-	72,7/100	73,1/100	73,1/100
Chambre	-	71,3/100	71,7/100	71,7/100
Repas	-	57,2/100	58,1/100	58,1/100
Prise en charge – médecin	-	79,9/100	80,3/100	80,3/100
Prise en charge – infirmier	-	80,5/100	81/100	81/100
Organisation de la sortie	-	62,6/100	63/100	63/100
Nombre d'établissements concernés	-	1 493	1 465	1 113
Nombre de patients ayant répondu	-	56 759 (sur 6 mois)	124 628 (sur 12 mois)	190 470 (sur 12 mois)
Indicateur e-Satis MCO-CA : expérience et satisfaction des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire¹				
Score national de satisfaction globale et d'expérience	-	-	-	76,4/100
Pour information, note par sous-dimension :				
Organisation avant l'hospitalisation				80,4/100
Accueil du patient	-	-	-	79,9/100
Prise en charge du patient (médicale et paramédicale)				83,1/100
Chambre et collation	-	-	-	72,5/100
Organisation de la sortie et retour à domicile	-	-	-	68/100
Nombre d'établissements concernés	-	-	-	814
Nombre de patients ayant répondu	-	-	-	137 331 (sur 6 mois)
Sécurité au cours de l'hospitalisation				
Indicateur ETE-ORTHO : événements thromboemboliques après pose de PTH ou PTG²				
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite ³	54	54	47	46
Pour information :				
Taux national brut d'événements thromboemboliques après la pose de PTH ou PTG (pour mille)	13,30	10,68	8,88	7,47
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	759	754	740	749

MCO, médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PTG : prothèse totale de genou ; PTH : prothèse totale de hanche (hors fracture).

1. Le champ est limité aux patients qui ont une adresse mail.

2. Calculé à partir du PMSI-MCO. Taux donné pour 1 000 patients.

3. Le ratio ETE-ORTHO rapporte le taux observé de l'établissement à son taux attendu. Il est supérieur à la limite lorsqu'il dépasse de trois fois l'écart-type sa valeur de référence (égale à 1).

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

Sources > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins, avec l'appui de l'ATIH, PMSI-MCO.

Le dispositif e-Satis a aussi été étendu pour mesurer désormais la satisfaction et l'expérience des patients suite à une opération en chirurgie ambulatoire, recueillie pour la première fois pour 2018. La note moyenne nationale est de 76,4/100 (137 331 questionnaires de patients, collectés sur 6 mois). Elle est supérieure à la note moyenne des patients interrogés suite à un séjour de plus de 48 heures en MCO. Les résultats de l'expérience et de la satisfaction sont relativement élevés, que cela soit en hospitalisation de courte durée ou en chirurgie ambulatoire.

Cependant, des marges d'amélioration existent pour l'organisation de la sortie et les suites à donner après une hospitalisation en chirurgie ambulatoire. Doit aussi être soulignée la demande des patients d'améliorer la qualité des repas, qui contribuerait à maintenir un bon état nutritionnel.

La mesure de la satisfaction et de l'expérience du patient va continuer d'être étendue. Pour 2020, elle couvrira pour la première fois les patients hospitalisés en SSR, l'HAD et la psychiatrie étant en cours de cadrage. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

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

Sources

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS utilisent plusieurs sources de données différentes : les dossiers des patients et des questionnaires *ad hoc* à destination des établissements ou des patients pour des recueils spécifiques. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est aussi mobilisé pour calculer certains indicateurs.

Définitions

➤ **Qualité des soins** : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité des soins comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». La qualité des soins est donc une notion multidimensionnelle.

➤ **Indicateurs de structure** : ils mesurent les moyens mis en œuvre (gestion des ressources humaines, matérielles, financières, organisation des services) durant le processus de soins.

➤ **Indicateurs de processus** : ils mesurent la qualité des pratiques d'une activité de soins et le respect des recommandations et bonnes pratiques professionnelles.

➤ **Indicateurs de résultats** : ils mesurent directement, à l'issue des soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en matière d'efficacité, de satisfaction et de sécurité.

➤ **ICSHA.3** : troisième version de l'indicateur sur la consommation de solutions hydro-alcooliques. Cet indicateur de processus, exprimé en pourcentage, est le ratio entre le volume consommé par l'établissement et l'objectif personnalisé de consommation de l'établissement, fixé au vu de l'activité par type de soin de l'établissement. Dans le tableau 2, le pourcentage indiqué correspond à la médiane nationale : la moitié des établissements se situent en dessous de ce pourcentage.

Méthodologie

Pour la Haute Autorité de santé, un indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) doit mesurer une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins. Son lien avec la qualité des soins doit être préalablement démontré par une analyse de la littérature ou par un consensus d'experts. Il est validé sur l'ensemble des points suivants : il doit faire sens pour les cliniciens (pertinence clinique) et pour l'amélioration de la qualité des soins (marges d'amélioration et caractère discriminant), avoir de bonnes qualités métrologiques ●●●

- (fiabilité et fidélité), permettre la comparaison entre les établissements, être collecté de manière simple et reproductible et pouvoir faire l'objet d'un ajustement si besoin (correction des résultats pour assurer la comparabilité).

Réalisés par la HAS en collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), les IQSS concernent les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'hospitalisation à domicile (HAD) et de psychiatrie. Actuellement au nombre de 39, ils ne sont pas tous mesurés chaque année et évoluent en fonction des recommandations de bonnes pratiques, du cadre réglementaire ou de l'atteinte de l'objectif fixé. Pour les indicateurs portant sur l'année 2018, le recueil de tous les indicateurs a été effectué pour la première fois au niveau des établissements géographiques, et non plus au niveau des entités juridiques.

Les résultats des indicateurs de processus sur la qualité et la sécurité des soins se présentent sous deux formes : soit sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon ; soit sous la forme de proportions ou pourcentages pour les variables binaires, une proportion pouvant être considérée comme un cas particulier de moyenne d'une variable binaire prenant pour valeur 0 ou 1.

La diffusion publique des résultats des IQSS, fixée annuellement par arrêté ministériel, est assurée par les établissements de santé et par le site *Scope Santé* (www.scopesante.fr). En raison de la large utilisation des IQSS, un contrôle qualité annuel de leur recueil est effectué dans le cadre d'une orientation nationale d'inspection-contrôle (Onic) menée par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), dont les résultats conduisent à valider ou à modifier le recueil.

La HAS met en œuvre le recueil national des IQSS afin que l'ensemble des établissements pilotent, notamment avec ces outils, leur dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces indicateurs sont notamment utilisés dans la certification des établissements de santé, pour l'information des usagers sur le site *Scope Santé* et dans des dispositifs de régulation comme l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). L'ensemble des établissements ont à leur disposition leurs résultats détaillés pour l'ensemble des IQSS. Pour ceux portant sur la satisfaction et l'expérience des patients, ils disposent également du verbatim des patients.

Pour en savoir plus

- > **Site internet de la Haute Autorité de santé** : <http://www.has-sante.fr/>
- > **Duhamel, G. et Minvielle, E.** (2009). Évaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. Dans P.-L. Bras, G. de Pourourville, D. Tabuteau (dir.). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, France : Presses de la FNSP, p.307-314.
- > **Haute Autorité de santé (HAS)** (2018, décembre). *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins*. (Rapport des résultats nationaux de la campagne 2018).
- > **Haute Autorité de santé (HAS)** (2018, décembre). *La HAS affine ses indicateurs pour mesurer le résultat au bénéfice du patient*. (Dossier de presse).
- > **Haute Autorité de santé (HAS)** (2017, décembre). *Satisfaction des patients hospitalisés et résultats 2017 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques en France*. (Dossier de presse).
- > **Haute Autorité de santé (HAS)** (2012, septembre). *Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins*.

La situation économique du secteur

En 2018, la dépense pour les médicaments et dispositifs médicaux figurant sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire en sus des prestations de séjour et d'hospitalisation, dite « liste en sus », s'élève à 5,4 milliards d'euros. Cette dépense a augmenté de 1,0 % par rapport à 2017, et de 22 % en cinq ans, plus rapidement que l'ensemble de la consommation des soins hospitaliers (+9,0 % depuis 2013). Elle représente 5,7 % de la consommation hospitalière et se concentre sur un faible nombre de médicaments et de dispositifs médicaux. Pour les médicaments, s'ajoutent également à cette dépense hors prestation de séjours les dépenses de médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation, qui s'élèvent à 0,3 milliard d'euros en 2018.

Le financement des médicaments et dispositifs médicaux onéreux

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le financement des médicaments et des dispositifs médicaux administrés aux patients lors de leur séjour à l'hôpital est pris en charge selon différentes modalités. De manière générale, l'Assurance maladie couvre ces dépenses à hauteur des forfaits prévus par les groupes homogènes de séjours (GHS). Un financement dérogatoire est assuré pour certains produits (médicaments et dispositifs médicaux) inscrits sur la liste en sus, en vertu de l'article L.162-22-7 du Code de la Sécurité sociale. Ce dispositif doit garantir le financement de traitements innovants et onéreux et favoriser leur accès aux patients.

Les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) sont également pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. L'ATU concerne des spécialités pharmaceutiques qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Elles peuvent cependant, à titre exceptionnel, faire l'objet d'une ATU délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), si elles sont destinées à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque

la mise en œuvre du traitement ne peut être différée. Ces médicaments sont fournis à l'établissement de santé par le laboratoire titulaire des droits d'exploitation, pour un montant librement fixé par le laboratoire. Lorsque ces médicaments obtiennent une AMM, ils peuvent bénéficier du dispositif post-ATU sous des modalités de financement similaires, dans l'attente de modalités définitives après inscription sur une liste ouvrant droit à leur prise en charge. Il s'agit donc d'un montant sujet à de fortes variations selon les années.

Dépense stable pour les médicaments de la liste en sus en 2018

En 2018, la dépense associée aux seuls médicaments de la liste en sus (champs médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO] et hospitalisation à domicile [HAD] confondus) s'élève à 3,4 milliards d'euros, un montant stable par rapport à 2017 (*graphique 1*). Le nombre d'unités administrées¹ augmente de 5 % au cours de l'année 2018. Les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif² pèsent pour 83 % de la dépense des médicaments de la liste en sus en 2018, le reste de la dépense concernant les établissements de santé privés à but lucratif.

1. Une unité administrée fait référence à la codification en unité commune de dispensation (UCD). Cela correspond à la plus petite unité de dispensation (comprimé, flacon, etc.). Un même médicament peut être conditionné de différentes manières (taille du flacon, dosage du comprimé), ce qui donnera lieu à des codes UCD différents.

2. Les dépenses des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier figurent dans les dépenses du secteur public.

Les traitements anticancéreux et des maladies auto-immunes représentent 81 % des remboursements de la liste en sus

Deux classes thérapeutiques de médicaments comptent pour 81 % de la dépense totale : les anti-néoplasiques (L01, médicaments anticancéreux), pour 66 %, et les immunosuppresseurs (L04, traitements pour les maladies auto-immunes), pour 15 %. La classe des antinéoplasiques augmente en 2018 (+7 %), s'élevant à 2,3 milliards d'euros. La dépense pour les immunosuppresseurs recule fortement en 2018 (-17 %), pour s'établir à un montant de 530 millions d'euros.

Hausse des dépenses pour le nivolumab et le pembrolizumab

On dénombre 98 substances actives inscrites sur la liste en sus en 2018, comme en 2017. Les dix substances pour lesquelles les plus fortes dépenses sont observées représentent deux tiers de la dépense totale. Cette part atteint 84 % pour les 20 premiers médicaments et 92 % pour les 30 premiers. Au fil des ans, la dépense demeure

toujours aussi concentrée sur un faible nombre de médicaments, bien que ceux-ci changent au gré des inscriptions, des radiations ou encore des évolutions des tarifs.

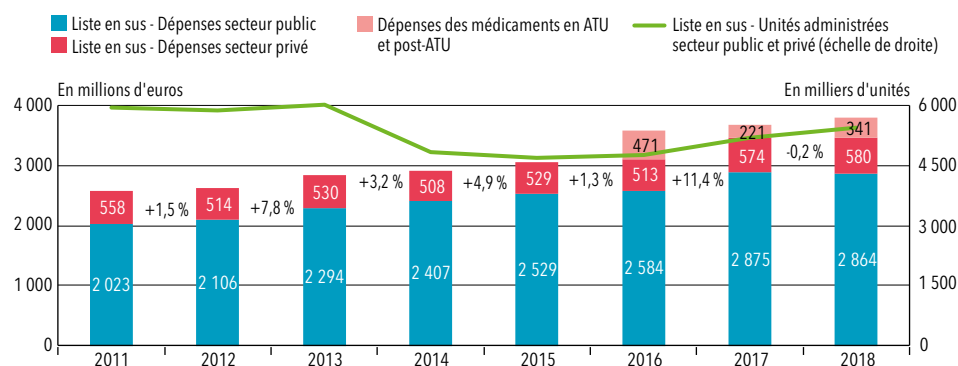
Le nivolumab (anti-néoplasique) demeure le premier poste de dépense en 2018, comptant pour 402 millions d'euros en 2018 (+27,9 %) [graphique 2]. Le pembrolizumab (anti-néoplasique) se place en seconde position des dépenses, avec 263 millions d'euros, montant qui a triplé par rapport à 2017.

La dépense de bévacicumab (anti-néoplasique) continue de diminuer en 2018 (-12 %), en lien avec la baisse de tarif intervenue début 2018. La baisse est encore plus marquée pour l'infliximab (immunosuppresseur, -40 %) dont le tarif a fortement diminué, depuis notamment l'arrivée des biosimilaires.

Les médicaments sous ATU ou en post-ATU représentent un montant de 341 millions d'euros en 2018

Les médicaments sous ATU ou en attente d'un financement définitif (post-ATU) représentent une dépense de 341 millions d'euros en 2018 (après

Graphique 1 Dépenses et unités administrées pour les médicaments de la liste en sus entre 2011 et 2018 et dépenses de médicaments en ATU et post-ATU, pour le MCO et l'HAD



ATU : autorisation temporaire d'utilisation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile

Note > Les dépenses et les unités administrées des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier figurent dans les dépenses du secteur public.

Lecture > En 2018, le montant des dépenses pour les médicaments inscrits sur la liste en sus (hors dépenses de médicaments en ATU ou post-ATU), secteurs public et privé confondus, s'élève à 3,4 millions d'euros. Il a diminué de 0,2 % par rapport à 2017.

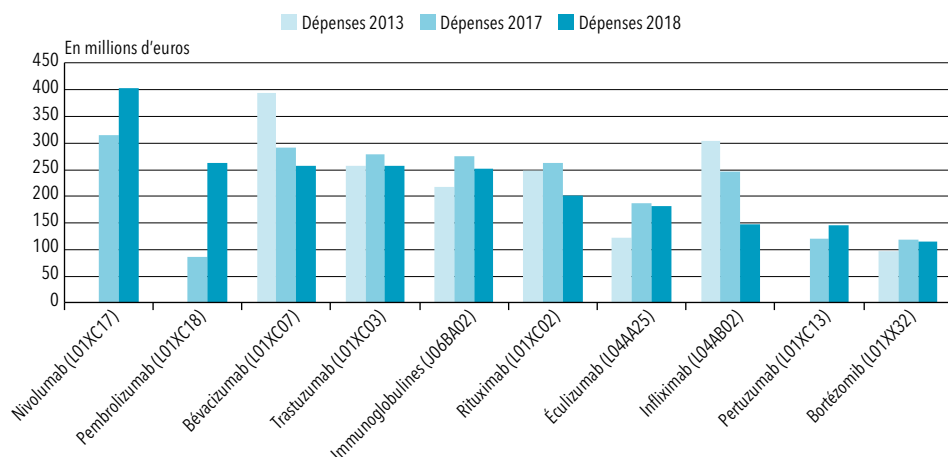
Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Mayotte pour les dépenses, y compris Mayotte pour les unités administrées), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus.

Source > ATIH, données ScanSanté.

221 millions en 2017 et 471 millions en 2016). La forte baisse observée entre 2016 et 2017 s'explique principalement par l'arrivée du nivolumab dans la liste en sus (auparavant pris en charge dans

le cadre du dispositif post-ATU). En 2018, le daratumumab (anticinéoplasique) compte pour 144 millions d'euros et le nusinersen (médicament des troubles musculo-squelettiques) pour 83 millions d'euros.

Graphique 2 Dépenses en 2013, 2017 et 2018 pour les dix médicaments les plus coûteux de la liste en sus en MCO et HAD

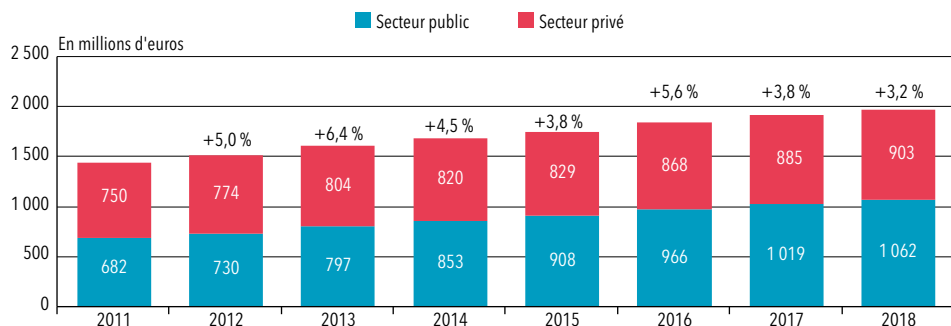


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.

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

Source > ATIH, données ScanSanté.

Graphique 3 Dépenses pour les dispositifs de la liste en sus en MCO entre 2011 et 2018



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Note > Dans les dépenses du secteur public sont comptabilisées les dépenses des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier.

Lecture > Entre 2017 et 2018, les dépenses pour les dispositifs médicaux de la liste en sus ont augmenté de 3,2 %, secteurs public et privé confondus.

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

Source > ATIH, données ScanSanté.

À eux deux, ils représentent ainsi deux tiers de la dépense des médicaments en ATU et post-ATU.

Hausse des dispositifs médicaux de la liste en sus

Certains dispositifs médicaux (implants, orthèses, prothèses etc.) sont également pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Un montant de 2,0 milliards d'euros a été consacré à l'ensemble

de ces dispositifs dans le champ MCO en 2018, en hausse de 3,2 % au cours de l'année (*graphique 3*). Entre 2013 et 2018, les dépenses en matière de dispositifs médicaux progressent plus fortement dans le secteur public (+33 %) que dans le secteur privé (+12 %). Depuis 2014, le montant des dépenses du secteur public est plus élevé que celui du secteur privé et il continue de croître plus vite que ce dernier. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Spécialités pharmaceutiques de la liste en sus (hors rétrocession hospitalière), pour la France entière, y compris le service de santé des armées (SSA). Pour Mayotte, les données du centre hospitalier sont incluses pour le nombre d'unités administrées, mais les dépenses associées ne sont pas comptabilisées dans la mesure où cet établissement n'est pas soumis à la tarification à l'activité.

Les données portent sur les champs de la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de l'hospitalisation à domicile (HAD). Pour les dispositifs médicaux, les données portent uniquement sur le champ MCO. Les chiffres de la dépense des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus et des ATU portent sur des données en date de remboursement, et non en date de soins.

Source

Données ScanSanté de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), issues de la remontée d'informations par les établissements de santé sur leurs achats de spécialités inscrites sur la liste en sus et en ATU ou post-ATU pour en obtenir le remboursement.

Définitions

- > **Groupes homogènes de séjour (GHS)** : il s'agit du tarif forfaitaire destiné à couvrir les frais occasionnés par la mise à disposition de l'ensemble des prestations relatives à l'hospitalisation du patient. Cette couverture se base sur la classification en groupes homogènes de malade (GHM).
- > **Classe thérapeutique** : le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) est utilisé pour classer les médicaments. Ces derniers sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.
- > **Substance active** : elle désigne l'ensemble des composants d'un médicament qui possèdent un effet thérapeutique (qu'il s'agisse d'une substance pure chimiquement définie, d'un mélange de plusieurs substances chimiquement proches ou encore d'une substance définie par son mode d'obtention).

Pour en savoir plus

- > Programmes de qualité et d'efficacité 2020 (PQE) « Maladie ». (2019). Site de la Sécurité sociale, rubrique La Sécu en détail, Gestion, pilotage et performance.
- > Autorisations temporaires d'utilisation (ATU). Site de la DREES, rubrique Soins et maladies, Médicaments, Professionnels de santé, Autorisations de mise sur le marché.

En 2018, la consommation de soins hospitaliers (secteur public et privé, hors soins de longue durée) en valeur s'élève à 94,5 milliards d'euros. Elle poursuit ainsi son ralentissement en 2018 (+0,8 %, après +1,6 % en 2017 et +2,1 % en 2016), en lien avec la forte inflexion des prix (0,0 % en 2018, après 0,7 % en 2017 et -0,5 % en 2016). L'effet volume est proche de celui de 2017, toujours nettement en-deçà de celui de 2016. Ces soins hospitaliers représentent 46,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. L'Assurance maladie finance 91,7 % des dépenses de soins hospitaliers en 2018.

En 2018, le ralentissement des soins hospitaliers se poursuit

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) et psychiatrie donne lieu à une dépense de soins s'élevant à 94,5 milliards d'euros en 2018 (*tableau 1*). Ces soins hospitaliers représentent 46,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages (*graphique 1*).

Le secteur public représente à lui seul 77 % de la consommation de soins hospitaliers en 2018, cette part étant stable depuis 2009. La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public s'élève ainsi à 73,0 milliards d'euros en 2018 (*tableau 1*). Elle poursuit son ralentissement (+0,8 %, après +1,7 % en 2017). Cette décélération s'explique par un fort ralentissement des prix (+0,3 %, après +1,3 % en 2017) combiné à une faible croissance des volumes (+0,5 % en 2018). Comme toute consommation de service non marchand, la consommation de soins hospitaliers du secteur public est évaluée au coût des différents facteurs de production : rémunération des salariés, consommation intermédiaire, impôts sur la production nets des subventions et consommation de capital fixe. La dynamique de consommation de soins des établissements publics n'est donc pas directement comparable à l'évolution de l'activité hospitalière (retracée dans le programme de

médicalisation des systèmes d'information [PMSI]). La consommation des soins hospitaliers dans le secteur public ralentit depuis 2014 (+1,6 % en moyenne par an, contre +2,6 % durant la période 2009-2013), en lien principalement avec la moindre hausse de la consommation intermédiaire (+2,0 % en moyenne par an depuis 2014, contre +3,6 % entre 2009 et 2013) et de la rémunération des salariés (+1,5 % en moyenne par an depuis 2014, contre +2,2 % entre 2009 et 2013 [*graphique 2*]).

La consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé s'élève en 2018 à 21,5 milliards d'euros. Les dépenses comptabilisées le sont par lieu d'exécution des soins et comprennent à ce titre l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux y exerçant ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées. La consommation de soins hospitaliers privés poursuit également son ralentissement en 2018 (+0,7 %, après +1,2 % en 2017). Contrairement au secteur public, cette plus faible progression est portée par le ralentissement des volumes d'activité (+1,6 %, après +2,4 % en 2017), dans un contexte de baisse des prix (-1,0 % en 2018) similaire à celle de 2017. Cette baisse des prix s'explique notamment par la modération des frais de séjour, liée aux baisses tarifaires et au crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) ainsi que par la modération des dépassements d'honoraires des praticiens (+0,8 %, après +2,8 % en 2017). La réforme des contrats responsables a en effet limité la prise en charge de ces dépassements

par les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance).

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers (91,7 % en 2018). En comparaison, la Sécurité sociale finance 78,1 % de l'ensemble de la CSBM (graphique 3).

Depuis 2012, sa part dans le financement des soins hospitaliers augmente continûment en lien notamment avec l'augmentation des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD).

L'intervention des autres financeurs est très faible. La part des organismes complémentaires dans le total des dépenses de soins hospitaliers est relativement stable depuis 2012 (entre 5,0 % et 5,3 %) et s'élève à 5,2 % en 2018. ■

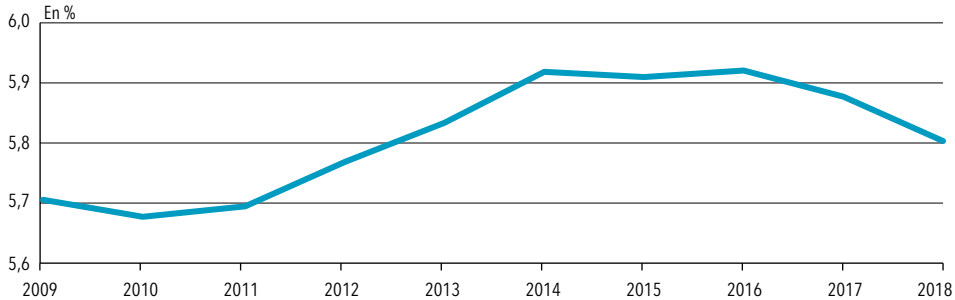
Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux depuis 2009

		En millions d'euros									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble		78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 320	93 770	94 502
	Valeur	3,9	2,5	2,7	2,6	2,5	2,7	1,5	2,1	1,6	0,8
	Prix	0,8	-0,2	-0,2	0,0	0,6	0,4	-0,5	-0,2	0,7	0,0
	Volume	3,1	2,7	2,8	2,6	1,9	2,3	2,1	2,3	0,9	0,8
Secteur public		60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	71 182	72 373	72 959
	Valeur	3,9	2,5	2,6	2,6	2,8	2,7	1,7	2,0	1,7	0,8
	Prix	0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,8	0,6	-0,3	0,2	1,3	0,3
	Volume	3,0	3,0	2,8	2,7	2,0	2,1	2,0	1,8	0,4	0,5
Secteur privé		18 145	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 397	21 543
	Valeur	4,0	2,6	3,0	2,3	1,5	2,8	0,9	2,4	1,2	0,7
	Prix	0,5	0,7	0,1	-0,1	-0,2	-0,3	-1,2	-1,4	-1,1	-1,0
	Volume	3,5	1,8	2,9	2,4	1,7	3,0	2,2	3,9	2,4	1,7
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux (en %)		46,1	46,3	46,3	46,5	46,8	46,8	46,9	46,8	46,8	46,4

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

Source > DREES, comptes de la santé.

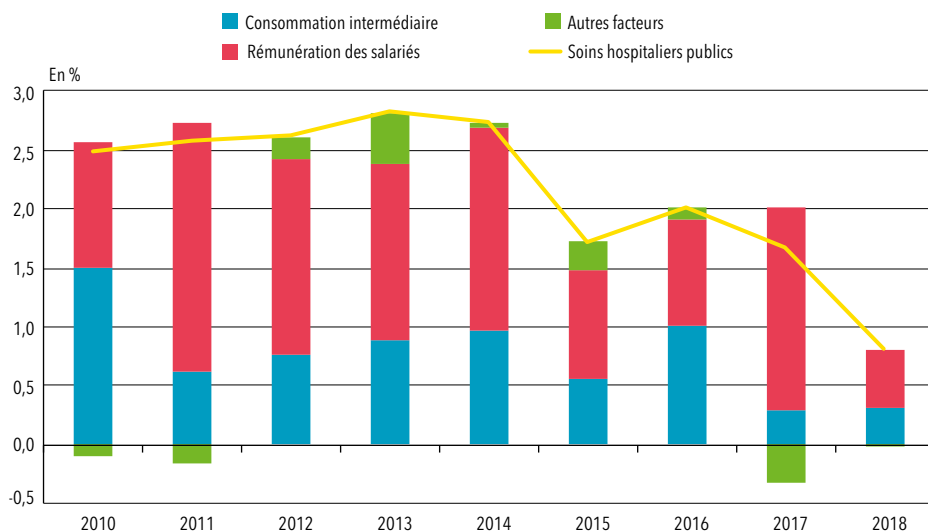
Graphique 1 Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 2009



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

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee, comptes nationaux, base 2014, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public et ses principaux déterminants

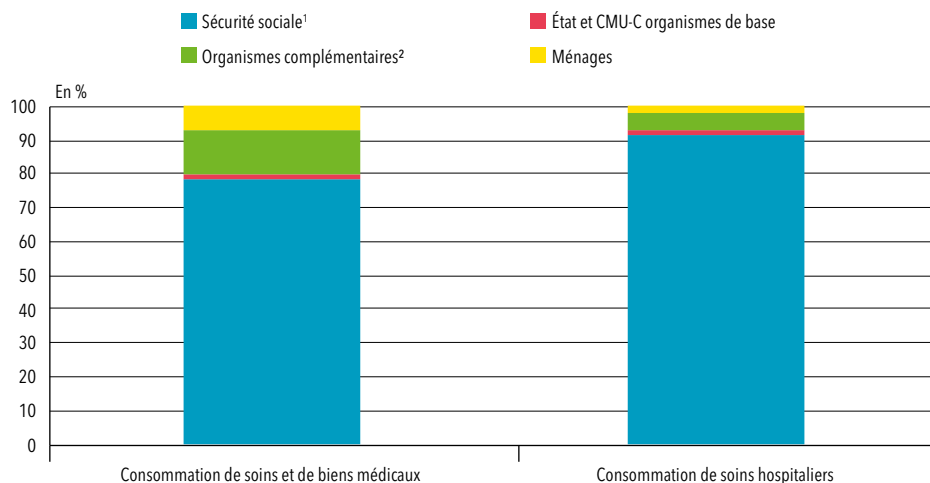


Lecture > La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public progresse de 0,8 % en 2018, dont 0,5 point s'explique par les rémunérations (salaires et cotisations).

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

Source > DREES, comptes de la santé ; Insee, retraitements DREES.

Graphique 3 Structure de financement de la consommation de soins en 2018



CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

1. Y compris le déficit implicite des hôpitaux publics.

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

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

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici concerne la consommation de soins hospitaliers des établissements de santé des secteurs public et privé en 2018, en France métropolitaine et dans les DROM (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (soins de longue durée et soins en maisons de retraite) sont exclues.

Définitions

Dans les comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement :

- > **Secteur public** : il regroupe les établissements de santé publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif.
- > **Secteur privé** : il regroupe principalement les établissements à but lucratif.
- > **Consommation de soins hospitaliers** : ensemble des services (soins et hébergement) fournis par les hôpitaux du secteur public et par les établissements du secteur privé (à but lucratif ou non).
- > **Consommation intermédiaire** : valeur des biens et services transformés ou entièrement consommés au cours du processus de production. L'usure des actifs fixes mis en œuvre n'est pas prise en compte ; elle est enregistrée dans la consommation de capital fixe.
- > **Consommation de soins et de biens médicaux** : agrégat central des comptes de la santé, elle représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense liées notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisées dans la dépense courante de santé.
- > **Consommation finale effective des ménages** : elle inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Pour en savoir plus

> **Gonzalez, L., Héam, J.-C., Mikou, M., et al.** (2019). *Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de la santé (édition 2019)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

D'après les premières estimations, en 2018, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 15,4 milliards d'euros. Leur taux de rentabilité s'établit à 2,7 % du chiffre d'affaires en 2018, soit une baisse de 1 point en deux ans. Le taux d'endettement des cliniques privées continue de baisser depuis 2012 et atteint 30,7 % des capitaux permanents. L'effort d'investissement retombe à 4,2 % du chiffre d'affaires en 2018, ce qui met fin à une période de hausse entamée en 2013.

La rentabilité s'établit à 2,7 % du chiffre d'affaires en 2018

D'après les premières estimations, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 15,4 milliards d'euros en 2018, soit une hausse de 2,8 % par rapport à 2017 (*tableau 1*). Leur résultat net cumulé est de 412 millions d'euros (soit un résultat net moyen de 408 000 euros par clinique). Ainsi, leur rentabilité nette, qui rapporte le résultat net au chiffre d'affaires¹, est évaluée à 2,7 % en 2018, soit une baisse de 0,6 point par rapport au niveau de 2017 et de 1 point par rapport au niveau de 2016, qui était le plus élevé depuis 2006.

La baisse de la rentabilité nette est essentiellement la conséquence d'un repli du résultat d'exploitation rapporté au chiffre d'affaires (ainsi que, dans une moindre mesure, d'un résultat exceptionnel légèrement négatif et d'une légère augmentation des impôts sur les bénéfices rapportés au chiffre d'affaires). L'excédent brut d'exploitation rapporté au chiffre d'affaires diminue pour la troisième année consécutive, pour atteindre 5,6 % du chiffre d'affaires en 2018, contre 7,0 % en 2015.

Les évolutions de l'excédent brut dans les dernières années sont pour une grande part le reflet de la mise en place, en 2013, du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), avantage fiscal pour les entreprises. Cette mesure, enregistrée dans les comptes des cliniques dans leurs comptes d'exploitation, s'est traduite par une baisse des

cotisations sociales et donc des frais de personnel. Pour tenir compte du fait que les cliniques sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont atténué son effet positif en 2013 et 2014, via des baisses tarifaires des séjours hospitaliers. L'effet positif du CICE a été entièrement neutralisé à partir de 2015 par une diminution supplémentaire des tarifs.

La rentabilité diminue pour les cliniques de MCO

Les niveaux de rentabilité sont très variables selon le secteur d'activité et ont évolué de manière différente en 2018 (*graphique 1*). Pour les cliniques du secteur de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), la rentabilité baisse fortement de 1 point pour s'établir à 1,7 % du chiffre d'affaires. La rentabilité nette des cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) augmente quant à elle et s'établit à 5,5 % en 2018 (contre 4,9 % en 2017), se maintenant ainsi à un niveau élevé au regard des dix dernières années. Poursuivant sa hausse entre 2016 et 2017, la rentabilité des cliniques psychiatriques augmente pour atteindre 8,5 % du chiffre d'affaires en 2018, son niveau le plus élevé depuis 2006.

Trois cliniques sur dix sont en déficit

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaires, masque de fortes disparités. En 2018, la part des cliniques privées avec un résultat net négatif augmente fortement pour

¹ La notion de rentabilité retenue dans cette fiche rapporte le résultat net au chiffre d'affaires plutôt qu'aux fonds propres. C'est une notion plus économique que financière.

Tableau 1 Compte de résultat des cliniques privées entre 2011 et 2018

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 ¹
Chiffre d'affaires total (en millions d'euros)	13 176	13 550	13 901	14 103	14 588	14 785	14 957	15 373
Nombre de cliniques	1 076	1 064	1 031	1 021	1 020	1 020	1 014	1 012
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	12,2	12,7	13,5	13,8	14,3	14,5	14,8	15,2
Achats et charges externes (en % du chiffre d'affaires), dont :	-45,3	-45,1	-44,8	-45,3	-45,7	-45,9	-46,2	-46,8
achats consommés	-17,4	-17,1	-16,7	-17,2	-17,3	-17,4	-17,6	-17,8
autres achats et charges externes	-27,9	-28,0	-28,0	-28,0	-28,4	-28,4	-28,6	-29,1
Frais de personnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	-43,9	-44,0	-43,3	-42,8	-42,6	-42,9	-42,9	-43,1
salaires bruts	-31,0	-31,3	-31,6	-31,2	-31,2	-31,6	-31,7	-32,0
charges sociales	-13,0	-12,8	-11,7	-11,6	-11,4	-11,3	-11,2	-11,1
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du chiffre d'affaires), dont :	-5,0	-5,3	-5,3	-5,1	-4,8	-4,6	-4,5	-4,5
impôts, taxes et versements assimilés	-5,7	-5,9	-5,9	-5,8	-5,6	-5,6	-5,6	-5,7
subvention d'exploitation	0,7	0,6	0,6	0,7	0,8	1,0	1,1	1,2
Excédent brut d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	5,7	5,6	6,5	7,0	7,0	6,7	6,4	5,6
Autres opérations d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	1,9	1,9	1,6	1,6	1,6	1,7	1,8	2,2
Dotations nettes aux amortissements (en % du chiffre d'affaires)	-4,0	-4,0	-3,9	-3,8	-3,8	-4,0	-3,9	-3,9
Résultat d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	3,6	3,5	4,2	4,9	4,8	4,5	4,2	3,9
Résultat financier (en % du chiffre d'affaires), dont :	-0,3	-0,2	0,1	0,0	-0,3	0,5	0,1	0,1
produits financiers	1,1	0,9	1,0	0,8	0,6	1,2	0,8	0,8
charges financières	-1,3	-1,1	-0,9	-0,7	-0,8	-0,8	-0,7	-0,7
Résultat courant - exploitation + financier (en % du chiffre d'affaires)	3,4	3,3	4,3	4,9	4,5	5,0	4,4	4,0
Résultat exceptionnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	0,9	0,4	-0,8	-0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1
produits exceptionnels	2,9	2,5	1,8	1,8	1,9	1,3	1,8	1,7
charges exceptionnelles	-2,0	-2,1	-2,6	-1,8	-2,0	-1,3	-1,8	-1,8
Participation des salariés (en % du chiffre d'affaires)	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3
Impôts sur les bénéfices (en % du chiffre d'affaires)	-1,4	-1,4	-0,9	-0,9	-1,2	-0,9	-0,8	-0,9
Résultat net (en % du chiffre d'affaires)	2,5	2,0	2,2	3,5	2,8	3,7	3,3	2,7

1. Données provisoires.

Lecture > Rapportés au chiffre d'affaires, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2011-2018, traitements DREES.

atteindre 30 %, soit une hausse de 7 points par rapport à l'année précédente. Cette augmentation concerne aussi bien les cliniques de MCO (34 % en 2018, après 28 % en 2017) que celles du secteur de psychiatrie (19 % en 2018, après 9 % en 2017) et du secteur de SSR (27 % en 2018 après 19 % en 2017).

Les investissements baissent à nouveau

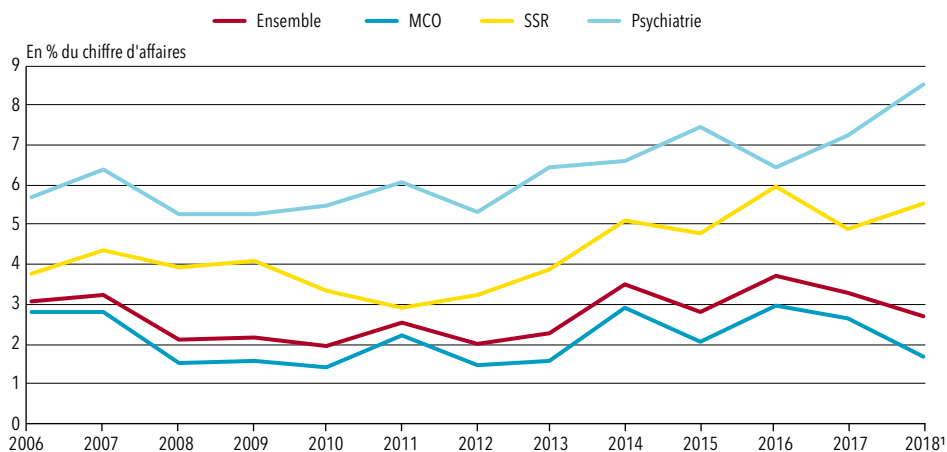
Du fait de la baisse de la rentabilité, la capacité d'auto-financement (CAF) recule en 2018 (4,5 % du chiffre d'affaires, après 5,4 % en 2017). C'est le cas aussi bien pour les cliniques de MCO (3,8 % en 2018, après 4,5 % en 2017) que pour la psychiatrie et pour les SSR (respectivement 7,5 % et 6,9 % en 2018, après 9,7 % et 7,5 % en 2017).

Pour l'année 2018, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés au chiffre d'affaires, baisse pour la première fois depuis sa reprise entamée en 2013 pour atteindre 4,2 % du chiffre d'affaires, contre 4,8 % en 2017 (*graphique 2*). Seuls 9 % des établissements

présentent un effort d'investissement supérieur à 10 % du chiffre d'affaires. L'effort d'investissement baisse pour les cliniques de MCO (4,4 % du chiffre d'affaires, contre 5,0 % en 2017) et pour les cliniques de SSR (2,6 % du chiffre d'affaires en 2018, après 3,8 % en 2017). Toutefois, l'effort d'investissement des cliniques de psychiatrie augmente de presque un point pour atteindre 6,7 % du chiffre d'affaires en 2018.

L'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur les capitaux permanents (fonds propres et endettement à moyen et long terme), continue de diminuer en 2018, pour atteindre un niveau historiquement bas de 30,7 % (*graphique 3*). Si l'endettement est en baisse, un établissement sur cinq conserve un taux d'endettement supérieur à 50 % des capitaux permanents. La baisse concerne les établissements de MCO et de SSR. Au contraire, le taux d'endettement des cliniques psychiatriques passe de 12,1 % des capitaux permanents en 2017 à 16,3 % en 2018. Il avait auparavant été divisé par deux en trois ans, entre 2015 et 2017. ■

Graphique 1 Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées depuis 2006



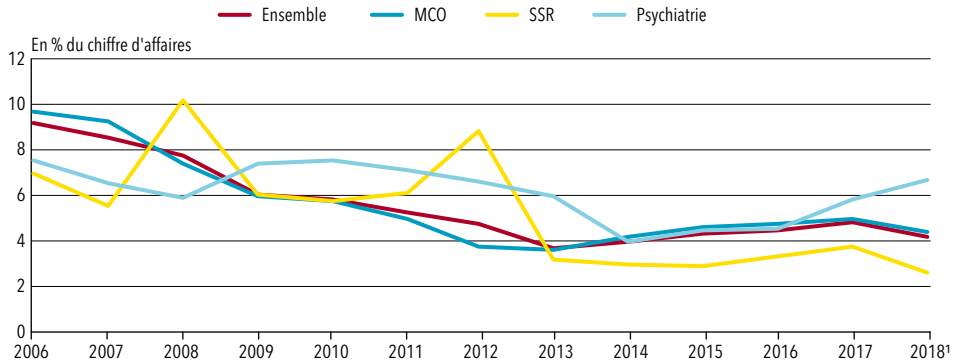
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

1. Données provisoires.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2018, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées depuis 2006



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

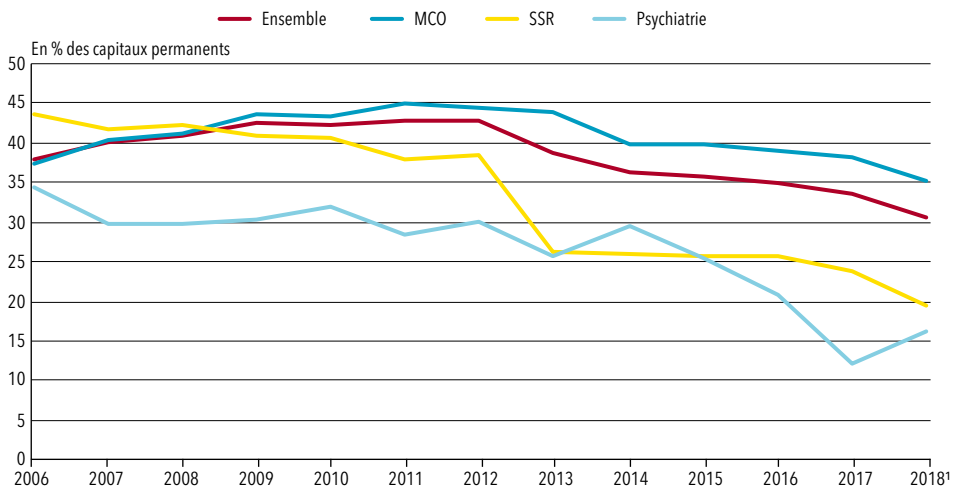
1. Données provisoires.

Note > Les sauts observés en 2008 et 2012 pour l'effort d'investissement des cliniques de SSR sont dus à de forts investissements ponctuels de la part de cliniques ayant un poids financier important.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2018, traitements DREES.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des cliniques privées depuis 2006



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

1. Données provisoires.

Note > Le décrochage observé entre 2012 et 2013 pour le taux d'endettement des cliniques de SSR est dû à une forte augmentation des fonds propres de quelques cliniques ayant un poids financier important.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2018, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Les comptes des cliniques privées, disponibles par numéro Siren (c'est-à-dire au niveau de l'entité juridique), sont transmis aux tribunaux de commerce, parfois avec du retard. Ainsi, les chiffres obtenus pour les dernières années peuvent différer légèrement de ceux publiés dans les éditions précédentes en raison d'une réactualisation des données. Les données de 2018 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DOM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte) ayant déposé leurs liasses fiscales aux tribunaux de commerce. Elles sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 660 cliniques ayant déposé leurs comptes. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par une repondération des données, de rendre l'échantillon de cliniques représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie donne une estimation plus précise du chiffre d'affaires total des cliniques ainsi que des différents indicateurs financiers.

La disponibilité des comptes uniquement au niveau de l'ensemble de l'entité juridique, et non au niveau de l'entité géographique, constitue une difficulté pour analyser les résultats, notamment pour les grands groupes ayant plusieurs activités. Pour limiter les biais, nous nous limitons ici aux entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière. Toutefois, il subsiste des entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière et qui ont également une activité secondaire non sanitaire, par exemple de maison de retraite. Dans ces cas-là, ces activités sont comprises dans les résultats financiers.

Une décomposition par principale discipline d'équipement est proposée après croisement des données comptables de l'entité juridique avec l'enquête SAE 2018, afin d'identifier la discipline d'équipement « majeure » de l'entité. Là aussi, l'exercice est délicat : pour les entités ayant une activité importante dans plusieurs disciplines, l'intégralité des comptes est considérée comme étant du ressort de la discipline d'équipement majoritaire.

Sources

Les données financières sont issues des liasses fiscales des cliniques privées transmises aux tribunaux de commerce. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

Définitions

> **Répartition des cliniques** : elles ont été réparties par discipline en tenant compte de la part d'activité réalisée (journées et séances) pour chaque grand domaine (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO], psychiatrie, soins de suite et de réadaptation [SSR]). Les cliniques SSR ainsi que celles de psychiatrie correspondent aux cliniques dont l'activité est respectivement à dominante SSR et psychiatrie. Les cliniques MCO regroupent celles à dominante MCO ainsi que les cliniques de dialyse, de radiothérapie et d'hospitalisation à domicile. Les données financières concernant l'ensemble de l'entité juridique, et non chaque unité médicale ou discipline d'équipement, des imprécisions subsistent sur cette catégorisation.

> **Achats et charges externes** : ils comprennent notamment les achats médicaux, la sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-bail, les loyers, etc.

> **Capacité d'autofinancement (CAF)** : terme qui désigne la somme du résultat net et des charges non décaissées (dotations aux amortissements et provisions pour risques et charges). Elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.

> **Chiffre d'affaires (CA)** : il correspond pour l'essentiel aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la Sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).

> **Excédent brut d'exploitation (EBE) ou marge d'exploitation** : solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. L'EBE est obtenu en soustrayant au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.

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

Pour en savoir plus

> **Gonzalez, L., Héam, J.-C., Mikou, M. et al.** (2019, septembre). *Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de la santé* (édition 2019). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé, fiche 22.

En 2018, la situation financière globale des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), anciennement appelés établissements de santé privés sous dotation globale, reste excédentaire en dépit d'une légère dégradation par rapport à 2017. Un peu plus d'un tiers des établissements sont déficitaires. Leur effort d'investissement augmente en 2018 et leur taux d'endettement poursuit son repli pour s'établir à 42,5 %.

Les établissements privés à but non lucratif peuvent faire le choix d'assurer le service public hospitalier, pour lequel ils doivent obtenir une habilitation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Ils sont alors tenus à des obligations concernant notamment le fonctionnement de l'établissement, afin d'en rendre la gestion plus transparente (voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »). Ils sont qualifiés par la loi d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic¹).

Les comptes financiers des Espic restent excédentaires en 2018

En 2018, les comptes financiers des Espic, anciennement appelés établissements de santé privés sous dotation globale, se dégradent légèrement mais restent excédentaires, pour la deuxième année seulement depuis 2008. Leur résultat net agrégé s'établit à 26 millions d'euros (52 milliers d'euros par établissement en moyenne), soit 0,2 % des produits bruts d'exploitation, après 0,4 % en 2017 (*tableau 1*). Le résultat net des Espic correspond à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel (*graphique 1*). Malgré une baisse du résultat d'exploitation, ce dernier reste positif et présente un excédent de 40 millions d'euros en 2018. Le résultat exceptionnel est en hausse et s'établit à 45 millions d'euros, contre 8 millions en 2017. Le résultat financier est structurellement déficitaire, en raison du paiement

des intérêts des emprunts pour financer les investissements. Son déficit se réduit toutefois encore davantage en 2018 pour s'établir à 57 millions d'euros.

Un peu plus d'un tiers des Espic sont en déficit

La dégradation des comptes financiers concerne surtout les établissements pratiquant une activité de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR). Si les établissements de psychiatrie restent excédentaires, leur bénéfice diminue (0,4 % des produits bruts d'exploitation, contre 0,8 % en 2017). Les établissements de SSR voient leur rentabilité baisser au point de devenir déficitaires (à hauteur de 0,1 % des produits bruts d'exploitation en 2018, contre un excédent de 1,3 % en 2017). En revanche, la situation financière des établissements de MCO s'améliore et revient à l'équilibre, alors que ces établissements étaient légèrement déficitaires en 2017 (à hauteur de 0,4 % des produits bruts d'exploitation). La situation financière des centres de lutte contre le cancer (CLCC), redevenue excédentaire en 2015, continue de s'améliorer en 2018 avec un résultat net correspondant à 0,9 % des produits bruts d'exploitation (0,6 % en 2017).

Au total, la proportion d'Espic déficitaires augmente en 2018 (36 %, après 31 % en 2017). Cette part est en hausse pour toutes les catégories d'établissements, y compris pour les établissements de MCO et les CLCC, pour lesquelles la situation s'est pourtant globalement améliorée. La part d'établissements

1. 75 % des entités géographiques du secteur privé non lucratif sont des Espic, dont notamment tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

de MCO déficitaires est passée de 40 % en 2017 à 43 % en 2018. Cette part a également augmenté pour les établissements de SSR, de 33 % en 2017 à 37 % en 2018, et pour les établissements de psychiatrie, de 19 % en 2017 à 25 % en 2018. Pour les CLCC, la part d'établissements déficitaires a aussi augmenté et atteint 28 %, après 22 % en 2017.

Les recettes des Espic sont estimées à un peu plus de 12 milliards d'euros

En 2018, les recettes totales des Espic diminuent légèrement (de 0,1 %) autour de 12 milliards d'euros, dont 11,8 milliards imputables au budget principal. Ce dernier est ventilé en trois titres de recettes et en quatre titres de dépenses. L'Assurance maladie en

Tableau 1 Excédent ou déficit des établissements de santé privés d'intérêt collectif depuis 2008

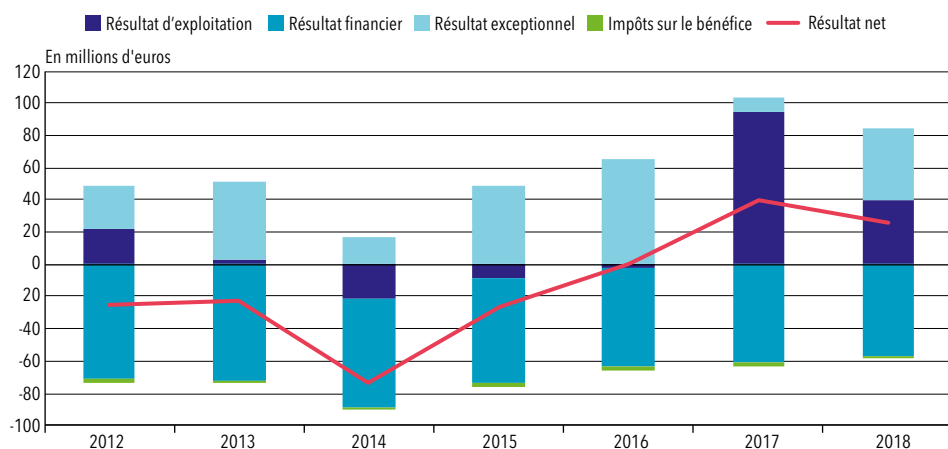
	En % des produits bruts d'exploitation										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble des Espic	-0,1	-0,1	-0,6	-0,4	-0,3	-0,2	-0,7	-0,3	0,0	0,4	0,2
CLCC	0,1	0,0	-0,3	-0,3	-0,6	-1,0	-0,6	0,4	0,4	0,6	0,9
Autres Espic dont :	-0,2	-0,2	-0,7	-0,4	-0,2	-0,1	-0,8	-0,4	-0,1	0,3	0,1
MCO	-0,7	-0,5	-1,2	-0,9	-0,3	-0,3	-1,3	-0,7	0,1	-0,4	0,0
psychiatrie	0,5	-0,1	-0,3	-0,2	-0,3	0,7	0,0	0,0	-0,1	0,8	0,4
SSR	0,5	0,4	0,0	0,5	0,1	0,0	-0,2	-0,1	-0,6	1,3	-0,1

CLCC : centres de lutte contre le cancer ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

Sources > ATIH ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Graphique 1 Compte de résultat des établissements de santé privés d'intérêt collectif depuis 2012



Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

Sources > ATIH ; DREES, SAE ; traitements DREES.

finance 9,5 milliards d'euros (titre 1), soit 0,7 % de plus qu'en 2017, principalement par le versement des recettes de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres ressources retraçant la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2) progressent de 7,1 % pour atteindre 0,7 milliard d'euros en 2018. Enfin, les autres recettes (titre 3) baissent de 7,3 % pour s'établir à 1,5 milliard d'euros. Elles correspondent, par exemple, aux prestations non médicales en direction principalement des patients et accompagnants, aux subventions d'exploitations et aux fonds reçus, dont notamment le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ou encore des recettes exceptionnelles liées à des cessions d'immobilisations.

Des dépenses moins dynamiques que les recettes permettent un excédent budgétaire

En 2018, les dépenses des Espic sont estimées à 12 milliards d'euros, dont 98 % comptabilisées en budget principal. Elles se maintiennent par rapport

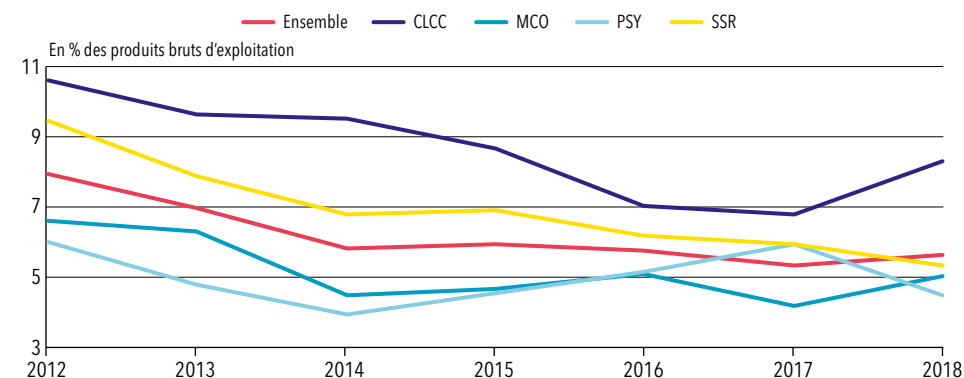
à l'année précédente, contrairement aux recettes qui diminuent, ce qui explique la réduction de l'excédent budgétaire.

La baisse de 0,4 % des dépenses à caractère médical², qui s'élèvent à 2 milliards d'euros, et de 8,2 % des dépenses d'amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles, qui atteignent 0,9 milliard d'euros, est compensée par la hausse des dépenses de personnel et des dépenses à caractère hôtelier et général. Les premières, qui représentent le premier poste de dépenses, progressent de 1,3 %. Pour le seul budget principal, ces dépenses atteignent près de 7,2 milliards d'euros. Les secondes augmentent de 1,0 % en 2018 et s'établissent à 1,7 milliard d'euros pour le budget principal.

En 2018, les investissements représentent 5,6 % des recettes totales

Après un repli régulier de plusieurs années, l'effort d'investissement des Espic s'était stabilisé entre 2014 et 2016 légèrement en deçà de 6 % des produits bruts d'exploitation, puis avait connu une baisse en 2017 pour s'établir à 5,3 % des produits bruts d'exploitation. En 2018, l'effort

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des établissements de santé privés d'intérêt collectif depuis 2012



CLCC : centres de lutte contre le cancer ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

Sources > ATIH ; DREES, SAE ; traitements DREES.

² Les dépenses à caractère médical sont pour l'essentiel constituées de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant.

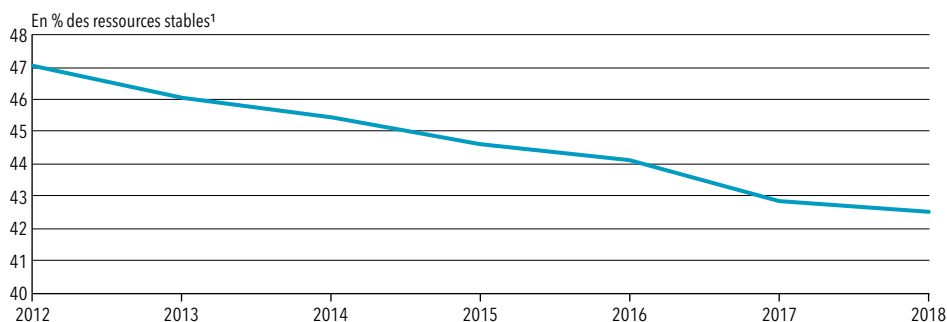
d'investissement repart à la hausse pour atteindre 5,6 % des produits bruts d'exploitation (*graphique 2*). Il reste plus soutenu pour les CLCC (8,3 %) avec une forte hausse entre 2017 et 2018. Pour les établissements de MCO, les investissements progressent également et représentent 5,0 % des produits bruts d'exploitation en 2018, après 4,1 % en 2017. *A contrario*, l'effort d'investissement des établissements de psychiatrie et de SSR recule pour atteindre respectivement 4,4 % et 5,3 % des produits bruts d'exploitation en 2018.

Cette modération de l'effort d'investissement, consentie depuis quelques années, a notamment

permis de contenir les charges d'intérêt liées au financement de ces investissements, pour amorcer la lente amélioration du résultat financier observée depuis 2013.

Parallèlement, l'encours de la dette des Espic ralentit et représente 26 % des produits bruts d'exploitation en 2018, après 27 % en 2017. Le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des capitaux permanents (constituées des capitaux propres et des dettes financières à moyen et long terme), est en repli régulier depuis 2012. Il diminue de nouveau en 2018 pour atteindre 42,5 %, contre 42,9 % en 2017 (*graphique 3*). ■

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des établissements de santé privés d'intérêt collectif depuis 2012



1. Les ressources stables sont constituées des capitaux propres et des dettes financières.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

Sources > ATIH ; DREES, SAE ; traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte). Cette fiche porte sur les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), appelés anciennement sous dotation globale (ex-DG). Les établissements sont classés en quatre catégories selon la nature de leur activité :

- les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ;
- les établissements pratiquant les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ;
- les établissements spécialisés en psychiatrie (PSY) ;
- les établissements spécialisés en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Ce classement a été réalisé à partir du croisement des données financières de l'enquête Comptes financiers avec celles de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), qui fournit des informations sur l'activité des établissements.

...

...

Sources

Les données financières sont issues de l'enquête Comptes financiers réalisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui les collecte auprès des établissements de santé ex-DG. En 2018, les données de 503 établissements sont étudiées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

Définitions

> **Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic)**, anciennement appelés **établissements de santé privés sous dotation globale (ex-DG)** : les différents statuts juridiques des établissements ainsi que leurs modes de financement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

> **Produits bruts d'exploitation** : les produits bruts d'exploitation sont définis comme la somme des comptes 70 à 73 et du compte 7722 (produits sur l'exercice antérieur à la charge de l'Assurance maladie) de la nomenclature M21.

> **Budget principal** : il présente les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie.

> **Effort d'investissement** : il permet de rapporter le niveau de l'investissement au niveau d'activité de l'établissement.

En 2018, les comptes financiers des hôpitaux publics s'améliorent mais restent déficitaires. Leur déficit s'élève à 569 millions d'euros, soit 0,7 % des recettes. Si le déficit se réduit par rapport à 2017, il reste supérieur à celui observé jusqu'en 2016. Les recettes des hôpitaux publics retrouvent une progression similaire à celle de 2015 et 2016. La diminution continue de l'effort d'investissement depuis neuf ans permet toutefois la stabilisation de l'encours de la dette depuis 2016.

Les comptes financiers des hôpitaux publics s'améliorent mais restent déficitaires

En 2018, la situation financière des hôpitaux publics s'améliore par rapport à 2017, mais reste déficitaire. Le déficit total du résultat net atteint 569 millions d'euros en 2018 (après 740 millions en 2017). La rentabilité nette, ratio qui rapporte le résultat net (excédent ou déficit) aux recettes, suit la même tendance, et s'établit à -0,7 %, après -0,9 % en 2017¹ (tableau 1). Le résultat net est la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel. L'évolution du résultat net est pour une large part le reflet de celle du résultat d'exploitation, qui s'améliore en 2018, mais reste déficitaire de 48 millions d'euros (graphique 1), après un déficit de 324 millions d'euros en 2017. Le déficit du résultat financier, qui est structurel en raison du paiement des intérêts des emprunts² pour financer les investissements, s'améliore lentement depuis 2015. En 2018 il s'établit à 911 millions d'euros, après 918 millions d'euros en 2017. Enfin, le résultat exceptionnel, excédentaire depuis 2013, diminue et atteint 389 millions d'euros en 2018, après 501 millions en 2017.

La proportion d'établissements déficitaires est stable en 2018

Si le déficit global des hôpitaux se réduit, la proportion d'établissements déficitaires reste stable

(58 % en 2018 comme en 2017). Cependant, le déficit cumulé des établissements déficitaires régresse (963 millions en 2018, contre 1,1 milliard d'euros en 2017). Il est par ailleurs moins concentré qu'en 2017 : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à 50 établissements³, contre 40 en 2017. Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé diminue légèrement et s'établit à près de 394 millions d'euros en 2018, après 401 millions en 2017. La concentration de cet excédent cumulé diminue, mais reste élevée : la moitié en est imputable à 22 établissements, contre 14 en 2017.

La légère amélioration de la situation financière des hôpitaux concerne principalement les centres hospitaliers régionaux (CHR). Ainsi, le déficit de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) se réduit et atteint 1,7 % des recettes, contre 2,4 % en 2017. La rentabilité nette des CHR hors AP-HP continue par ailleurs de s'améliorer et s'élève à 0,2 % en 2018, après -0,1 % en 2017. Si le nombre de CHR déficitaires reste quasiment stable (14 en 2018, après 15 en 2017), leur déficit ne représente plus que 8 % du déficit global cumulé en 2018 (contre 16 % en 2017).

Les recettes des hôpitaux publics sont estimées à 80,1 milliards d'euros en 2018

En 2018, les recettes totales des hôpitaux publics, hors rétrocession de médicaments, progressent de 2,3 % et retrouvent ainsi une progression similaire à celle des années 2015 (+2,1 %) et 2016 (+2,5 %),

1. Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, contrairement à ce qui était indiqué, la rentabilité nette présentée rapportait le résultat net au chiffre d'affaires, et non aux recettes. Le résultat net rapporté au chiffre d'affaires est de -0,8 % en 2018 et de -1,1 % en 2017.

2. Les intérêts des emprunts et dettes atteignent 769 millions d'euros en 2018, contre 861 millions d'euros en 2017.

3. Dans cette fiche, le terme « établissement » désigne un établissement juridique, pouvant regrouper plusieurs établissements géographiques. L'AP-HP représente donc un seul établissement.

après le ralentissement de 2017 (+1,0 %). Elles atteignent 80,1 milliards d'euros, dont 70,5 milliards imputables au budget principal.

Le budget principal est ventilé en trois titres de recettes et en quatre titres de dépenses. L'Assurance maladie en finance près de 55 milliards d'euros (titre 1), soit 1,9 % de plus qu'en 2017, principalement par le versement des recettes de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres ressources, retraçant la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2), augmentent de 2,2 % pour s'établir à 5,5 milliards d'euros en 2018. Enfin, les autres recettes (titre 3) augmentent de 2,9 % pour atteindre 10,7 milliards d'euros. Elles correspondent, par exemple, aux prestations non médicales en direction principalement des patients et accompagnants, aux subventions d'exploitation et des fonds reçus dont, notamment, le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ou encore des recettes exceptionnelles liées à des cessions d'immobilisations.

Des dépenses moins dynamiques que les recettes

En 2018, les dépenses du secteur public sont estimées à 81 milliards d'euros, dont 88 % comptabilisés en budget principal. Contrairement à 2017, leur évolution en 2018 (+2,0 %) est inférieure à celle des recettes (+2,3 %), ce qui se traduit par une réduction du déficit du budget global. La croissance des dépenses en 2018 reste toutefois supérieure à celle de 2017 (+1,6 %).

Cette croissance des dépenses s'observe dans l'ensemble des grandes catégories de dépenses (titres de dépenses). Ainsi, les dépenses de personnel progressent de 1,4 % à 46,9 milliards d'euros, à un rythme comparable à celui de 2016 (+1,3 %) après l'augmentation plus forte de 2017 (+2,3 %). Les dépenses à caractère médical (constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant) s'élèvent à 10,6 milliards d'euros en 2018. Elles sont en hausse de 2,7 % (2,9 % en 2017). Les dépenses à caractère hôtelier et général

Tableau 1 Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2009

	En % des recettes									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble HP	-0,3	-0,3	-0,5	0,1	-0,1	-0,3	-0,5	-0,3	-0,9	-0,7
CHR										
AP-HP	-1,1	-1,6	-1,1	-0,3	-0,1	-0,1	0,6	0,7	-2,4	-1,7
Autres CHR	-1,6	-0,8	-0,9	0,2	-0,3	-0,6	-1,1	-0,5	-0,1	0,2
Autres CH										
Grands CH	-0,1	-0,2	-0,6	0,2	-0,1	-0,2	-0,6	-0,5	-1,4	-1,1
Moyens CH	0,3	-0,4	-0,6	-0,2	-0,5	-0,8	-0,7	-1,2	-2,2	-2,4
Petits CH	1,2	1,0	0,7	0,5	0,6	0,1	-0,2	0,3	-0,6	-0,4
CH ex-hôpitaux locaux	2,0	1,9	1,2	1,1	0,4	0,4	0,3	0,8	0,1	-0,3
CH spécialisés en psychiatrie	0,5	0,5	0,5	0,3	-0,1	0,0	0,3	0,7	0,8	0,7

HP : hôpitaux publics ; CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris.

Note > Un centre hospitalier est devenu centre hospitalier régional en 2012. Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, les catégories des CH reprenaient celles des années précédentes, sans prendre en compte les évolutions des recettes qui permettent de définir la taille des CH (voir encadré Sources et méthodes, partie Définitions). Par ailleurs, contrairement à ce qui était indiqué, l'excédent était présenté en pourcentage du chiffre d'affaires et non des recettes. Les chiffres ont été corrigés dans cette édition.

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

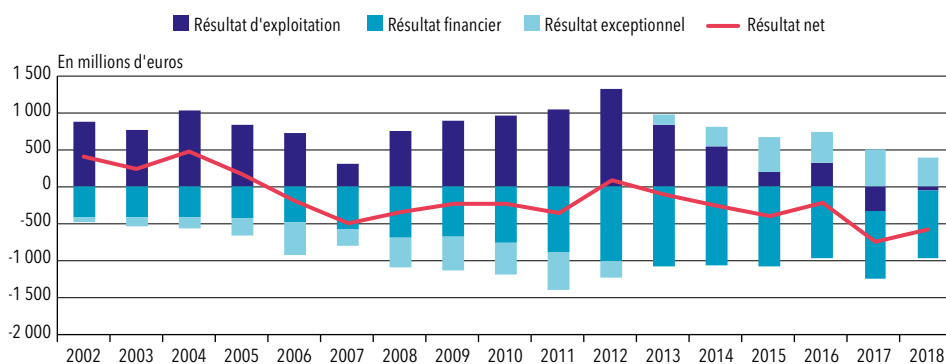
progressent fortement (+4,0 % en 2018, après +0,9 % en 2017) et atteignent 7,3 milliards d'euros pour le budget principal. Enfin, les amortissements, les frais financiers et dépenses exceptionnelles ne progressent que modestement (+0,4 %) pour atteindre 6,8 milliards d'euros en 2018.

En 2018, les efforts d'investissement continuent de diminuer, favorisant la stabilisation de la dette

Les investissements représentent 3,7 milliards d'euros en 2018. Après avoir progressé dans les années 2000 et atteint 10,1 % en 2009, l'effort d'investissement, ratio des dépenses d'investissement rapportées aux recettes, continue de reculer pour la neuvième année consécutive. Il s'établit à 4,6 %, contre 5,0 % en 2017⁴ (graphique 2). Cet effort est nettement inférieur à la dotation aux amortissements (6,8 % des recettes en 2018).

La diminution continue de l'effort d'investissement favorise la modération de l'encours de la dette des hôpitaux publics. Celui-ci se stabilise à 29,5 milliards d'euros en 2018 (29,7 milliards d'euros en 2017), dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette des hôpitaux publics a atteint un point haut en 2013 (39,9 %). Depuis, il recule lentement mais régulièrement, pour s'établir à 36,8 % des recettes en 2018⁵. Toutefois, le déficit récurrent des hôpitaux publics engendre des opérations comptables sur le poste « report à nouveau déficitaire ». Comme les deux années précédentes, ceci vient réduire les capitaux propres. De ce fait, le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), progresse encore légèrement à 51,7 % en 2018, après 51,6 % en 2017 (graphique 3). ■

Graphique 1 Compte de résultat des hôpitaux publics depuis 2002



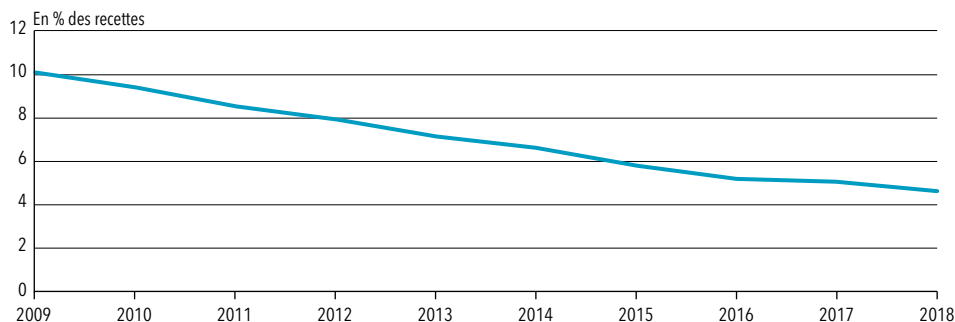
Note > Les données de 2016 ont été corrigées par rapport à l'édition précédente.

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

4. Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, contrairement à ce qui était indiqué, l'effort d'investissement présenté était rapporté au chiffre d'affaires et non aux recettes. L'effort d'investissement en pourcentage du chiffre d'affaires est de 5,2 % en 2018, contre 5,7 % en 2017.

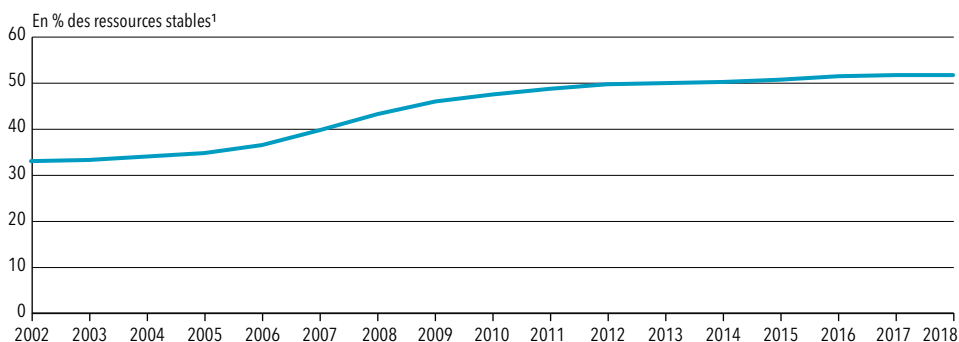
5. Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, contrairement à ce qui était indiqué, l'encours de la dette était rapporté au chiffre d'affaires et non aux recettes. L'encours de la dette en pourcentage du chiffre d'affaires est de 41,7 % en 2018, contre 44,9 % en 2013.

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics depuis 2009

Note > Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, les chiffres présentés étaient calculés en % du chiffre d'affaires et non en % des recettes comme l'indiquait la légende. Les chiffres ont été corrigés.

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics depuis 2002

1. Les ressources stables sont constituées des capitaux propres et des dettes financières.

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors service de santé des armées (SSA). Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 840. Seules les recettes hors rétrocession ont été retenues dans l'analyse.

Sources

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics. Les données de la DGFIP ont été croisées avec la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), afin de conserver uniquement les établissements sanitaires dans le champ de l'étude. ●●●

...

Définitions

- > **Recettes** : elles correspondent aux recettes totales définies par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, hors rétrocession de médicaments, soit en grande partie les recettes de l'activité hospitalière, les recettes financières et exceptionnelles.
- > **Centres hospitaliers (CH)** : ils sont classés, dans cette fiche, en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs recettes : les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).
- > **Rétrocession de médicaments** : les établissements publics ont la possibilité de vendre des médicaments à des patients. La rétrocession de médicaments recouvre leur délivrance par une pharmacie hospitalière à des patients qui ne sont pas hospitalisés.
- > **Résultat d'exploitation** : il fait référence aux recettes et dépenses liées à l'exploitation normale et courante de l'établissement.
- > **Résultat exceptionnel** : il comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.
- > **Résultat financier** : il concerne les recettes et les dépenses qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.
- > **Budget principal** : il présente les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie.

Pour en savoir plus

- > **Gonzalez, L., Héam, J.-C., Mikou, M. et al.** (2019). *Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de la santé (édition 2019)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DRESS-santé, fiche 21.



Vue d'ensemble
Fiches thématiques

Annexes <

Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leurs statuts juridiques, leurs activités et leurs modes de financement. Ils se définissent *a minima* par le fait de relever d'une autorisation de soins délivrée par leur agence régionale de santé (ARS). Le cadre juridique et institutionnel a sensiblement évolué avec la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS). Cette annexe présente celui qui prévaut en 2020, tandis que l'année de référence des données présentées dans l'ouvrage est 2018. De petites différences peuvent donc subsister entre le cadre législatif et réglementaire présenté dans cette annexe et les données publiées dans les fiches, notamment pour les catégories d'établissements ou de personnels. Par exemple, la présentation traditionnelle – établissements publics, établissements privés à but non lucratif et établissements privés à but lucratif – est conservée pour l'année 2018 dans certaines fiches, sans nécessairement distinguer, au sein des établissements de santé privés à but non lucratif, ceux ayant fait le choix du service public hospitalier. Ces derniers sont désormais qualifiés, conformément à la loi, d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

Le statut des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé, aussi dénommés « hôpitaux publics », sont des personnes morales de droit public ayant une autonomie administrative et financière, soumis au contrôle de l'État. Leur statut est défini par l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique (CSP), qui précise que leur objet principal n'est ni industriel ni commercial, et qu'ils sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) dans les autres cas. Trois grands types d'hôpitaux publics sont à distinguer.

- Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation, et qui figurent sur une liste établie par décret, sont dénommés

centres hospitaliers régionaux (CHR). Ils assurent également les soins courants à la population proche (article L. 6141-2 du CSP).

- Lorsque les CHR ont passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ils sont dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU). Aujourd'hui, 30 des 32 CHR sont des CHU. Ce sont des centres de soins où sont organisés, dans le respect des malades, les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (article L. 6142-1 du CSP).

- Les autres hôpitaux qui n'ont pas le statut de CHR (ni donc de CHU) sont dénommés simplement centres hospitaliers (CH).

Les établissements publics de santé peuvent par ailleurs créer « une ou plusieurs fondations hospitalières dotées de la personnalité morale, [...] pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux activités de recherche mentionnées à l'article L. 6111-1. [...] Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique [...] s'appliquent aux fondations hospitalières » (article L. 6141-7-3 du CSP).

Le statut des établissements privés de santé

Les établissements privés de santé sont des personnes morales de droit privé. Ils sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Pour les établissements à but lucratif, souvent dénommés « cliniques privées », plusieurs personnes morales peuvent coexister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, d'imagerie, etc.).

Les établissements privés à but non lucratif peuvent être qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) dès lors qu'ils assurent le service public hospitalier (article L. 6161-5 du CSP). C'est le cas de tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC) définis à l'article L. 6162-1 du CSP, ainsi que des établissements de santé privés gérés par certaines personnes morales de droit privé (mentionnées au 1° du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014, relative à l'économie sociale et solidaire), remplissant les conditions (dont celle de poursuivre un but non lucratif) et ayant obtenu l'habilitation mentionnée à l'article L. 6112-3 du CSP.

Les missions des établissements de santé

Les missions générales liées à l'hospitalisation et aux soins

Les établissements hospitaliers sont dénommés établissements de santé par l'article L. 6111-1 du CSP, qui définit leurs missions générales. Quel que soit leur statut, ils « assurent dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre comme le lieu de résidence ou bien l'établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'ARS, en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ».

Les établissements de santé peuvent développer des alternatives à l'hospitalisation, pour éviter une hospitalisation à temps complet ou en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées, décrites à l'article

R. 6121-4, se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles comprennent les activités de soins dispensées par :

- les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, pour « des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale » ;
- les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, pour « des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire ».

Les établissements de santé peuvent également développer une activité d'hospitalisation à domicile, visant à assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés (article R. 6121-4-1). Ils se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS), les établissements « mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité et visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits » (article L. 6111-1-1 du CSP). Les établissements peuvent aussi « être appelés par le directeur général de l'ARS à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire » (article L. 6111-1-3).

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les établissements de santé publics et privés élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie, ils définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux

stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (article L. 6111-2).

Les autres missions générales

Aux activités générales d'hospitalisation des patients confiées à tous les établissements de santé s'ajoutent d'autres missions également définies au dernier alinéa de l'article L. 6111-1 du CSP. D'après cet article, les établissements « peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical ».

Enfin, les établissements de santé peuvent aussi créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux, comme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ainsi que des centres de santé (article L. 6111-3).

Le service public hospitalier, une mission spécifique

Ces missions peuvent être réalisées, sans que cela constitue une obligation, dans le cadre du service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1 du CSP. Dans cette situation, les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées, par obligation légale, ainsi que les établissements qui en ont fait le choix et ont été habilités à cette fin par le directeur général de l'ARS, sont tenus de respecter trois types d'obligations (article L. 6112-2 du CSP) :

- des garanties accordées aux patients pour faciliter l'accès aux soins, dont notamment l'absence de dépassement d'honoraires (hors prise en charge à la demande expresse du patient, et après approbation par celui-ci d'un devis comprenant honoraires et dépassements éventuels, dans le cadre de l'activité libérale intrahospitalière des praticiens statutaires exerçant à temps plein) ;
- des obligations dans le fonctionnement de l'établissement, afin d'en rendre la gestion plus transparente (transmissions des comptes) et surtout d'entendre et de prendre en compte la parole des usagers (participation des usagers à la gouvernance de l'établissement) ;
- des garanties contribuant à la qualité et à l'accessibilité des soins au niveau des territoires.

Les statuts diversifiés des personnels travaillant dans les établissements de santé

Les personnels des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Les personnels intervenant dans les établissements publics sont en grande majorité salariés (*tableau 1*). Les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires exercent de façon conjointe une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils sont régis par un statut unique et comprennent :

- des personnels titulaires relevant de la fonction publique d'État – professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH) –, qui sont des fonctionnaires en leur qualité de personnels enseignants titulaires des universités ;
- des praticiens hospitaliers universitaires (PHU), qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;
- des personnels non titulaires – chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) et assistants hospitaliers universitaires (AHU).

Les praticiens hospitaliers (PH) ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière, leurs statuts spécifiques sont régis par le CSP. De même, l'exercice des praticiens contractuels, assistants des hôpitaux et praticiens attachés est régi par les dispositions statutaires prévues par le CSP. Ces médecins interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers.

Avec la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) en 2009, les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics ont été élargies. Ils peuvent désormais être autorisés, dans l'ensemble des établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins (article L. 6146-2). Le directeur d'un établissement public de santé peut en décider sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires

de ces professionnels de santé se fondent sur les seuls tarifs opposables de l'Assurance maladie, c'est-à-dire sans dépassement. Ils sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile.

Dans les cliniques privées, les médecins exercent majoritairement en tant que libéraux et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent. Quant aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), ils accueillent majoritairement des salariés de droit privé. Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), ils peuvent accueillir des praticiens, notamment de jeunes médecins en contrat à durée déterminée (CDD), en dérogation au Code du travail (quant à la durée et à l'objet des CDD), pour renforcer leur organisation et offrir aux patients un meilleur accès aux soins. Des professionnels libéraux peuvent également y intervenir. Par ailleurs, un praticien hospitalier peut être détaché, en qualité de

salarié, dans les cliniques privées chargées d'une ou plusieurs des missions de service public hospitalier mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1, dès lors qu'il exerce ses fonctions dans le cadre d'une ou plusieurs de ces missions, ou auprès de certains établissements médico-sociaux accueillant notamment des personnes âgées dépendantes (article R. 6152-51).

Un établissement de santé public peut recruter un assistant des hôpitaux et, par voie de convention de coopération, le mettre à disposition d'un Espic durant une partie de son temps de travail (articles R. 6152-501 et R. 6152-502). De même, les praticiens attachés peuvent être recrutés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles. Les personnels hospitalo-universitaires peuvent, eux, être affectés dans un établissement privé associé à leur CHU de rattachement, dans le cadre d'une convention d'association.

Enfin, les établissements publics et les Espic accueillent des médecins en cours de formation (les internes), à condition toutefois d'être agréés pour les accueillir.

Tableau 1 Statuts et lieux d'exercice des médecins : tableau théorique

■ Peu fréquent

■ Situation majoritaire

■ Situation impossible

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH), personnels temporaires (PHU), personnels non titulaires (CCU-AH et AHU)	Article L. 952-21 du Code de l'éducation. Articles 1 ^{er} des décrets n° 84-135 du 24/02/1984 et n° 90-92 du 24/01/1990	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)
	Salarié de droit public, praticien, attaché, PH	Articles R. 6152-1 et R. 6152-604 du Code de la santé publique	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)
Salarié de droit privé				
Profession libérale		Possible (article L. 6146-2 du Code de la santé publique)	Article L. 6161-9 du Code de la santé publique et article L. 162-22-6 b et c du Code de la Sécurité sociale	Article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale
En formation (interne)		Article R. 6153-8 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique

Depuis la loi HPST, les cliniques privées ont également la possibilité d'accueillir des internes. Ainsi, la loi HPST a ouvert les statuts à l'ensemble des établissements de santé, alors qu'auparavant le cadre était plus limité.

Les personnels non médicaux

Les personnels non médicaux des établissements publics de santé relèvent de la fonction publique hospitalière. Environ 85 % d'entre eux sont des fonctionnaires relevant des titres I et IV du statut de la fonction publique, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels, à durée déterminée ou indéterminée, ou à des personnels intérimaires, soit pour assurer des fonctions pour lesquelles il n'existe pas de corps de fonctionnaires, soit pour des remplacements temporaires ou pour faire face à des accroissements momentanés d'activité. Le même statut s'applique aux personnels des établissements publics consacrés à des activités médico-sociales et sociales (hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale).

Les personnels des établissements de santé privés, eux, sont soumis aux dispositions du Code du travail, avec des conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privés à but lucratif ou non) et des clauses particulières dans leur contrat de travail.

Les groupements de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire (GCS), créé par les ordonnances de 1996, a connu de nombreuses évolutions juridiques, jusqu'à devenir l'un des outils de coopération privilégié des établissements de santé. Il sert de cadre non seulement à des coopérations entre les secteurs public et privé, mais également entre la médecine de ville et l'hôpital. Doté de la personnalité morale publique ou privée, le GCS a pour particularité de devoir inclure au minimum un établissement de santé, quelle que soit sa nature juridique, et d'être ouvert à tout acteur concourant à la réalisation de son objet.

Le GCS de moyens, forme la plus commune couvrant 96 % des structures, permet de mutualiser des moyens de toute nature : moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, équipements, moyens

immobiliers, systèmes d'information, etc. Les structures de droit public constituent un peu plus de la moitié des GCS de moyens (57 %).

Les GCS concernent potentiellement tous les secteurs : activités support (informatique, logistique, fonctions administratives ou immobilières), activités médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire, imagerie, blocs opératoires), activités de soins (interventions médicales croisées, permanence des soins) ou encore de recherche et d'enseignement. Ces coopérations poursuivent des objectifs variés et complémentaires : recherche de qualité, acquisition d'équipements innovants ou encore performance interne.

Désormais, la mise en commun de moyens peut également être au service de l'exploitation d'autorisations de soins ou d'équipements médicaux lourds (EML), par le GCS lui-même (article L. 6133-1 du CSP) sur un site unique et pour le compte de ses membres, qui restent titulaires des autorisations. Ces GCS de moyens dits « exploitants » peuvent même opter pour une facturation directe sur autorisation du directeur général de l'ARS. Ce nouveau dispositif (ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 et décret n° 2017-631 du 25 avril 2017) a vocation à proposer un cadre adapté aux projets les plus intégrés.

Les GCS peuvent également être constitués en établissement de santé (GCS-ES). Ceux-ci sont restés en nombre très limité, compte tenu du degré d'intégration requis.

La vocation mixte du GCS a tendance à se confirmer avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), instrument privilégié des partenariats au sein du secteur public.

Les groupements hospitaliers de territoire

La LMSS prévoit un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire : les groupements hospitaliers de territoire (GHT). L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en accentuant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. Cette nouveauté permettra, en renforçant l'inscription des hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant au mieux aux besoins de la population.

Au cours de l'année 2017, les 135 GHT initiaux ont transmis aux ARS leur projet médico-soignant partagé, définissant l'organisation des activités entre chaque établissement, par filière de prise en charge. Pour mettre en œuvre ce projet médico-soignant partagé, l'établissement support est devenu compétent au 1^{er} janvier 2018 pour assurer la gestion des systèmes d'information, des achats, du département de l'information médicale (DIM), la coordination des écoles et instituts de formation paramédicale, et la coordination des plans de formation et développement professionnel continu, ce pour le compte des autres établissements de son GHT. À ce titre, l'établissement support est seul compétent pour passer des marchés depuis le 1^{er} janvier 2018. En janvier 2019, un 136^e GHT a été créé en Guyane, rassemblant les trois hôpitaux publics de Kourou, Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni.

L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) pilotent le système de santé en régions. Ce sont des établissements publics de l'État à caractère administratif, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des Affaires sociales et de la Santé. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général (article L. 1432-1).

Leurs missions s'organisent en deux grandes catégories définies à l'article L. 1431-2 du CSP. Elles sont d'abord chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. Dans ce cadre :

- a) elles organisent l'observation de la santé dans la région, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
- b) elles contribuent à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;
- c) elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en fonction des orientations et des priorités définies par le

représentant de l'État territorialement compétent, réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme, et procèdent aux inspections nécessaires ;

- d) elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé, à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation.

Les ARS ont également pour mission de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé. Elles répondent ainsi aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et garantissent l'efficacité du système de santé.

- a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations de différents acteurs : les professionnels de santé, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, les personnels qui apportent une assistance dans les actes quotidiens de la vie, au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans certains établissements de formation ou médico-sociaux mentionnés aux 1^o et 3^o de l'article L. 314-3-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), les aidants et les accueillants familiaux (articles L. 441-1 et L. 444-1 du CASF). Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui favorisent le lien social des personnes âgées ou en situation de handicap et les actions de modernisation de l'aide à domicile.

- b) Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé (*encadré 1*) et des installations de chirurgie esthétique (définies aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3) ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés au b) de l'article L. 313-3 du CASF. Elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence. Elles attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (article L. 113-3 du CASF) ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle (articles L. 114-1-1 et L. 144-3 du CASF) et s'assurent

du respect des cahiers des charges décrits respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 du même code.

c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population. Elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

mentionnées à l'article L. 1434-12 et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2.

d) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé.

e) Elles veillent à la qualité des interventions en matière de prévention et de promotion de la santé, à la qualité, à la sécurité et au contrôle des

Encadré 1 Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2020, selon l'article R. 6122-25 du CSP, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes :

- 1° médecine ;
- 2° chirurgie ;
- 3° gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- 4° psychiatrie ;
- 5° soins de suite et de réadaptation ;
- 7° soins de longue durée ;
- 8° greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;
- 9° traitement des grands brûlés ;
- 10° chirurgie cardiaque ;
- 11° activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
- 12° neurochirurgie ;
- 13° activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- 14° médecine d'urgence ;
- 15° réanimation ;
- 16° traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- 17° activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
- 18° traitement du cancer ;
- 19° examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) les identifie à l'aide d'un triplet composé des éléments suivants : activité/modalité/forme. Par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de chirurgie cardiaque (activité), qui soigne des adultes (modalité) en hospitalisation complète (forme).

Par ailleurs, en 2020, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants (article R. 6122-26) :

- caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- scanographe à utilisation médicale ;
- caisson hyperbare ;
- cyclotron à utilisation médicale.

actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux. Elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux.

f) Elles veillent à assurer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

g) Elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins ou le complétant. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. À ce titre, elles publient un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et interventions chirurgicales. La personne publique désignée par l'État (article L. 6113-8) en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région.

h) Elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel.

i) Elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

j) Elles sont chargées d'organiser les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (articles L. 6327-1 et L. 6327-2).

k) Elles favorisent des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.

l) Elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de

formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. Elles se prononcent sur la détermination par les universités des objectifs pluriannuels d'admission en première année du deuxième cycle des études de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique.

m) Elles s'associent avec l'ensemble des acteurs de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou tout autre organisme de recherche pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé.

n) Enfin, dans le respect des engagements internationaux de la France et en accord avec les autorités compétentes de l'État, elles sont autorisées à développer des actions de coopération internationale en vue de promouvoir les échanges de bonnes pratiques avec leurs partenaires étrangers.

Le PRS recentré sur les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux régionaux

Le projet régional de santé (PRS) définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS) et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre (articles L. 1434-1 et L. 1434-2 du CSP). Il est constitué de trois éléments.

a) Un cadre d'orientation stratégique qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans.

b) Un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes

de maladies chroniques et pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (Orsan, article L. 3131-11). Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé (article L. 434-12), par les contrats territoriaux de santé mentale (article L. 3221-2) ou par les contrats locaux de santé (article L. 1434-10). c) Un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Dans les territoires frontaliers et les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, le projet régional de santé organise, lorsqu'un accord-cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin.

Le SRS a pour objectif de structurer les évolutions des organisations des acteurs du système de santé dans une logique de transversalité et de complémentarité au service des parcours de santé. Défini à l'article L. 1434-3, le SRS :

- indique les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours (articles L. 1411-11 et L. 1411-12), dans le respect de la liberté d'installation, les dispositions qu'il comporte à cet égard n'étant pas opposables aux professionnels de santé libéraux¹ ;
- fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement de matériel lourd (EML), les créations et suppressions d'activités de soins et d'EML, et enfin les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;
- fixe les objectifs en matière d'évolution de l'offre des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'une évaluation des besoins ;
- définit l'offre d'examens de biologie médicale, en fonction des besoins de la population.

Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins sont définis sur la base de zones du SRS, avec deux types de zonages : ceux donnant lieu à la répartition des activités de soins et d'EML soumis à autorisation, et ceux

donnant lieu à l'implantation des laboratoires de biologie médicale. Ces zonages ne doivent pas être confondus avec les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou particulièrement élevée, mentionnées à l'article L. 1434-4 du CSP.

La démocratie en santé, visant à renforcer les liens comme les échanges entre les représentants des professionnels, des usagers et les élus, s'effectue à deux échelles :

- à l'échelle régionale, elle s'appuie sur la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA, art L. 1432-4 du CSP) ;

- à l'échelle territoriale, elle s'appuie sur la détermination de territoires de démocratie sanitaire (TDS) arrêtés par les ARS à l'échelle infrarégionale, au sein desquels sont installés les conseils territoriaux de santé (CTS) (L. 1434-10 et L. 1434-11 du CSP).

Le financement

Deux modes de financement distincts selon les disciplines

Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2004, les modes de financement des établissements de santé sont déterminés par les disciplines exercées et par leur statut juridique.

S'agissant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), le modèle de financement est encore principalement fondé sur une tarification à l'activité (T2A). Celle-ci a été introduite en 2004 dans les établissements publics et privés à but non lucratif financés antérieurement par dotation globale (dits « établissements ex-DG ») et en 2005 dans les établissements privés (à but lucratif ou non) jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (dits « établissements sous objectif quantifié national » ou « ex-OQN »). La T2A rémunère l'activité de soins produite dans ces disciplines quels que soient le type de séjour (hospitalisation complète, partielle, à domicile) et le statut de l'établissement, à l'exception des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Si la T2A s'applique aussi bien aux établissements ex-DG qu'aux établissements privés ex-OQN et se trouve régulée dans des objectifs communs aux

1. Les ARS ne peuvent contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de leviers financiers pour les y inciter.

deux secteurs d'établissements, des tarifs différents sont néanmoins appliqués à chaque secteur, car ils ont des périmètres comptables distincts. En effet, les tarifs des établissements ex-OQN n'incluent pas les honoraires perçus par les médecins, comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et non dans les dépenses hospitalières. Ces tarifs sont toutefois calculés selon une méthodologie commune. Le périmètre de la T2A a été élargi aux établissements militaires (service de santé des armées [SSA]) depuis le 1^{er} janvier 2009 et aux établissements de Guyane depuis le 1^{er} janvier 2010, avec une mise en œuvre progressive se terminant en 2018.

La psychiatrie et les unités de soins de longue durée, quant à elles, sont financées *via* une dotation annuelle de financement (DAF) pour les établissements publics ou privés à but non lucratif, ou *via* des prix de journée pour les établissements privés à but lucratif (ou les établissements privés à but non lucratif ayant opté pour ce mode de tarification).

Les évolutions récentes apportées au modèle de financement

Le modèle de financement a fait l'objet de plusieurs évolutions ces dernières années et continue d'évoluer, notamment dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) lancée en février 2018 par le gouvernement (voir *infra*).

Pour mieux tenir compte de la qualité et de la pertinence des soins délivrés par les établissements de santé, l'article 51 de la LFSS pour 2015 a permis de compléter la T2A d'une dimension consacrée à la qualité et à la sécurité des soins. En 2016, un forfait visant l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) a ainsi été mis en place. Cette démarche, initiée à titre expérimental dès 2014, a été généralisée en 2016 à tous les établissements du champ MCO, dont l'hospitalisation à domicile (HAD), et étendue en 2017 aux établissements de SSR. Ce modèle permet de faire de la qualité de la prise en charge des patients l'un des critères d'allocation de la ressource budgétaire aux établissements de santé.

Concernant spécifiquement les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), l'article 78 de la LFSS

pour 2016, modifié par l'article 82 de la LFSS pour 2017, a défini un nouveau modèle de financement. Le modèle cible, commun aux secteurs public et privé, repose sur une dotation modulée à l'activité (DMA), composée d'une part « socle » et d'une part « activité » et s'appuyant sur une description de l'activité de SSR. À cette DMA sont associés plusieurs compartiments, qui ont vocation à être mis en œuvre progressivement, pour financer les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), les molécules onéreuses ainsi que les plateaux techniques spécialisés des établissements de SSR.

La mise en œuvre de ce nouveau modèle de financement a débuté le 1^{er} mars 2017 par une période transitoire, durant laquelle le financement des établissements de SSR combine les anciennes et les nouvelles modalités de financement :

- une part majoritaire est fondée sur la DAF pour les établissements publics et privés à but non lucratif, et sur les prix de journée pour les établissements privés à but lucratif ou non ayant opté pour ce mode de tarification ;
- une part minoritaire est fondée sur la part « activité » de la DMA.

Les établissements de SSR peuvent également être éligibles à certaines missions d'intérêt général propres à ce champ.

Depuis le 1^{er} octobre 2019, un forfait « pathologies chroniques » a été mis en place concernant la prise en charge par les établissements de santé (MCO) des patients atteints de maladie rénale chronique (MRC) au stade 4 et au stade 5. L'objectif est de favoriser, par un financement forfaitaire, la mise en place d'une équipe pluriprofessionnelle autour du patient (en assurant notamment le financement de personnels paramédicaux ou socio-éducatifs) et de développer une prise en charge tout au long de l'année dans une logique de parcours patient. Ceci devrait favoriser la prévention et limiter les complications liées à cette pathologie.

Enfin, pour garantir l'accessibilité territoriale aux soins et maintenir l'offre de soins de proximité, de nouvelles modalités de financement pour les établissements et activités isolées, ainsi que pour les hôpitaux de proximité, ont été définies.

– La LFSS pour 2014 a d'abord introduit le forfait « activités isolées », opérationnel depuis 2015, pour

contrebalancer les limites de la T2A pour les établissements dont l'activité, bien qu'indispensable, est insuffisante pour équilibrer le financement. Il repose sur la fixation de critères objectifs permettant de qualifier l'isolement et il est calculé à partir d'un niveau d'activité manquant pour atteindre l'équilibre financier. Il est éventuellement complété d'une part variable, restant à l'appréciation de l'ARS *via* le Fonds d'intervention régional (FIR), en contrepartie d'engagements de l'établissement, notamment en matière de coopération.

– Un premier cadre de définition des hôpitaux dits de proximité a été inscrit dans la LFSS pour 2015, de façon notamment à proposer une alternative à la seule tarification à l'activité pour les anciens hôpitaux locaux, jusqu'alors financés uniquement à l'activité. L'hôpital de proximité est alors défini comme un établissement de santé autorisé en médecine uniquement. Depuis 2016, les établissements labellisés hôpitaux de proximité bénéficient ainsi d'une dotation forfaitaire garantie (DFG), construite à partir des recettes historiques pour leur garantir d'en conserver au minimum 80 %. La DFG est complétée par une dotation organisationnelle et populationnelle calibrée sur la base des caractéristiques du territoire. Les établissements bénéficient également, le cas échéant, d'un complément de financement lié à leur activité. La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) adoptée en 2019 a redéfini le rôle de l'hôpital de proximité au travers des missions qu'il exerce : premier niveau de la gradation des soins hospitaliers en médecine, il a également vocation à constituer une ressource pour les professionnels de ville, afin de proposer le niveau de technicité nécessaire au maintien des patients au plus proche de leur domicile. Ce cadre de définition s'appliquera dès la publication des textes d'application. Il s'accompagnera par ailleurs d'une refonte du modèle de financement de ces établissements, adoptée en LFSS pour 2020, qui prévoit la mise en place d'une garantie de financement pluriannuelle sur l'activité de médecine. S'ajoute également une dotation de responsabilité territoriale, qui vise à sécuriser notamment l'activité de consultations des hôpitaux de proximité, le soutien à l'exercice mixte des médecins libéraux et l'exercice de missions partagées avec les acteurs du territoire.

Les perspectives d'évolution dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé

Dans le cadre de la STSS, un chantier spécifique est mené sur la réforme du financement du système de santé. Piloté par la Task Force de réforme du financement, ce chantier a identifié certains leviers destinés à faire évoluer le financement du système de santé afin de mieux l'orienter vers les besoins des patients. L'ensemble des perspectives d'évolutions préconisées a fait l'objet d'un rapport publié en janvier 2019².

En 2019, plusieurs mesures ont été mises en place permettant de poser les premiers jalons. En 2020, ces mesures font l'objet d'affinements et de compléments, dessinant la trajectoire vers la cible de 50 % des ressources des établissements hors T2A.

– L'extension du financement à la qualité s'appuie sur le dispositif existant l'faq. Le nouveau modèle de financement à la qualité reprend ainsi les acquis du dispositif antérieur, en lui donnant une nouvelle ampleur (400 millions d'euros en 2020, après 200 millions d'euros en 2019 et 50 millions d'euros en 2018) et une meilleure lisibilité du fait du passage à une rémunération liée à un nombre restreint d'indicateurs. Le dispositif change de dimension et devient un compartiment tarifaire à part entière pour les établissements de santé, avec une enveloppe désormais significative. Il est ainsi moins discriminant, puisque 70 % des établissements sont rémunérés par indicateur, contre environ 30 % dans le modèle précédent (2018).

– La refonte du financement de la psychiatrie passe par deux dispositifs : la modulation interrégionale de la DAF en psychiatrie, pour réduire les écarts de dotation entre les régions et entre les établissements, sortir progressivement des dotations historiques et aller vers des dotations « populationnelles », c'est-à-dire qui tiennent compte de la population et de la précarité sur le territoire ; l'article 34 de la LFSS pour 2020 refond le modèle de financement des activités de psychiatrie et poursuit la réduction des écarts dans l'allocation de ressources entre les régions mis en œuvre depuis 2018. À partir du 1^{er} janvier 2021, l'ensemble des établissements de psychiatrie sera financé principalement sur la base d'une dotation populationnelle et d'une dotation calculée en fonction des files actives réalisées.

2. Ce rapport est disponible sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé.

- L'évolution du financement des SSR est prévue par le même article de la LFSS pour 2020, qui fait évoluer le mécanisme de financement actuel des activités de SSR en combinant à la dotation modulée à l'activité une part de financement forfaitaire. Cette évolution entrera également en vigueur au 1^{er} janvier 2021.

- Le lien entre autorisation de soins et financement est mis en œuvre pour que des activités réalisées en dehors du cadre d'une autorisation de soins, et hors du contexte de l'urgence ou de la découverte fortuite, ne soient plus facturées à l'Assurance maladie.

- L'extension du forfait « pathologies chroniques » s'applique aux patients dialysés.

Enfin, des travaux sont initiés sur la refonte du modèle de financement des structures d'urgences, qui comprendra trois compartiments : une dotation populationnelle, une part à l'activité et une dotation liée à la qualité de la prise en charge. L'expérimentation d'une incitation à la réorientation aux urgences pour les patients jugés « peu graves » et n'ayant besoin que d'une consultation simple est poursuivie en 2020. Dans un contexte d'augmentation du nombre de passages aux urgences, cette expérimentation vise à inciter les services d'urgences à réorienter les patients « légers » ne nécessitant pas une prise en charge aux urgences, vers une consultation de ville, une maison médicale de garde ou une consultation hospitalière spécialisée.

L'Ondam hospitalier

Depuis 2006, et jusqu'en 2016, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) était divisé en deux sous-objectifs hospitaliers distincts pour les établissements de santé (les 2^e et 3^e sous-objectifs de l'Ondam) en fonction de leur type de dépenses : celles qui relèvent de la T2A et les

autres dépenses qui relèvent des établissements de santé (*schéma 1 et tableau 2*). Depuis 2017, ces deux sous-objectifs ont fusionné en un seul sous-objectif « Ondam établissements de santé », afin d'améliorer la lisibilité et le suivi des dépenses hospitalières. Ce nouveau sous-objectif unique est composé de plusieurs enveloppes :

- l'ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), qui recouvre l'ensemble des dépenses d'Assurance maladie correspondant à la masse tarifaire MCO, à celle de l'hospitalisation à domicile (HAD), aux forfaits annuels et aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus ;

- la dotation finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac³), dont l'objet est principalement de financer les activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifables, telles que la recherche ou l'enseignement par exemple (article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale) ;

- l'ODSSR (objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation), qui recouvre l'ensemble des dépenses de ces établissements, notamment DAF, prix de journée et DMA ;

- l'Odram (objectif des dépenses d'assurance maladie), qui agrège les dépenses des établissements de MCO et de psychiatrie sous DAF ainsi que celles des unités de soins de longue durée (USLD) ;

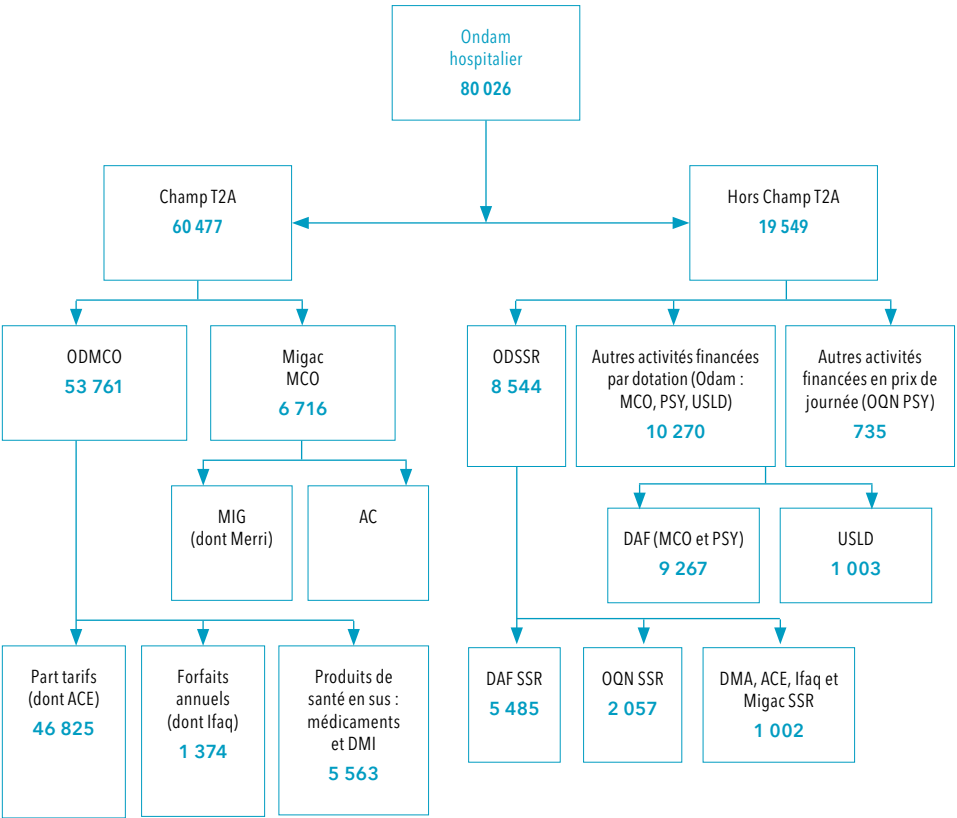
- l'OQN (objectif quantifié national), qui comprend les dépenses des établissements de psychiatrie privés financées en prix de journée ;

- le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), qui contribue au financement de l'investissement hospitalier. ■

3. La liste des Migac est fixée par arrêté.

Schéma 1 La décomposition de l'Ondam hospitalier en 2018

En millions d'euros



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée ; Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; ODMCO : objectif national des dépenses de MCO ; DMI : dispositifs médicaux implantables ; Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ; Merri : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation ; MIG : missions d'intérêt général ; AC : aide à la contractualisation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie (ne recouvre plus que les dotations MCO, psychiatrie et USLD) ; DAF : dotation annuelle de financement (modalité de financement de la psychiatrie et du SSR) ; DMA : dotation modulée à l'activité (modalité de financement du SSR) ; ACE : actes et consultations externes (MCO et SSR) ; Ifaq : incitation financière pour l'amélioration de la qualité (modalité de financement du MCO et du SSR) ; OQN : objectif quantifié national (modalité de financement de la psychiatrie et du SSR).

Note > Dans ce décompte, il s'agit des objectifs initiaux pour 2018, hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et champ non régulé.

Source > DGOS.

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'Odam

En millions d'euros

		Dépenses hospitalières dans l'Odam, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, et USLD (ODSSR, Odam et OQN)	Odam T2A : ODMCO + dotation Migac	Odam T2A, partie ODMCO	Odam T2A, partie dotation Migac
2009	Dépenses constatées	69 106	17 701	51 405	43 727	7 678
2010	Dépenses constatées	70 334	17 668	52 665	44 866	7 799
2011	Dépenses constatées	72 014	18 120	53 894	45 774	8 120
2012 ¹	Dépenses constatées	73 395	18 480	54 815	47 144	7 671
2013	Dépenses constatées	73 104	18 799	54 305	48 185	6 120
2014	Dépenses constatées	74 496	19 076	55 420	49 525	5 895
2015	Dépenses constatées	75 960	19 169	56 791	50 609	6 182
2016	Dépenses constatées	77 359	18 993	58 366	51 874	6 492
2017	Objectifs initiaux	78 919	19 386	59 533	52 965	6 568
	Dépenses constatées	78 338	19 360	58 978	52 262	6 716
2018	Objectifs initiaux	80 026	19 549	60 477	53 761	6 716
	Dépenses constatées	79 731	19 489	60 242	53 153	7 089
2019	Objectifs initiaux	81 698	19 897	61 801	54 789	7 012

Odam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; FMESPP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée ; ODSSR : objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie ; OQN : objectif quantifié national ; T2A : tarification à l'activité ; ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

1. À compter de 2012, année de création du Fonds d'intervention régional (FIR), les dépenses de l'enveloppe Migac ne comprennent plus les crédits venus abonder le FIR, lequel est devenu un sous-objectif à part entière au sein de l'Odam à compter de 2014.

Champ > Données hors fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et champ non régulé.

Sources > Dépenses constatées : ATIH, analyse de l'activité hospitalière. Objectifs 2019 : DGOS.

Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Description

Depuis 1975, il existe une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en tant que telle a été mise en place en 1994, puis refondue en 2000 et en 2013. Les objectifs de ces refontes étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs, d'améliorer la connaissance du système médical, de permettre une analyse localisée de l'offre de soins, de tenir compte de la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), notamment en intégrant les informations sur l'activité des établissements de santé qui y sont recueillis, ce qui permet d'alléger la charge de réponse des établissements.

La SAE permet de rendre compte de l'organisation des soins, de caractériser de façon plus précise les établissements, de disposer d'indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation, et d'avoir un recueil d'informations homogène entre les secteurs public et privé. Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- identification, structure et organisation de l'établissement de santé ;
- équipements et activité ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

Les bordereaux sur les activités de soins s'articulent autour de quatre parties : capacités, activité, équipement et personnel.

Champ

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DROM), incluant les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins¹. Les services des établissements de santé assurant la prise en charge sanitaire des détenus et les établissements du service de santé des armées (SSA) sont également compris. Les données des établissements du SSA sont intégrées dans les résultats depuis 2010, sauf indication contraire dans l'ouvrage.

Mode d'interrogation

Depuis la refonte de 2013, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour les établissements publics et privés (exception faite de la psychiatrie), alors qu'elle s'effectuait auparavant au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics. Depuis la refonte de la SAE en 2013, certaines données d'activité, jusque-là déclarées par les établissements, sont préremplies au cours de la collecte de la SAE avec des données issues des PMSI-MCO et HAD (certaines étant modifiables par les établissements dans le questionnaire SAE, d'autres étant non modifiables). Depuis la SAE 2016, les données d'activité sur les soins de suite et de réadaptation (SSR) sont également préremplies à partir du PMSI-SSR.

Diffusion

Les données validées par les établissements de santé en fin de collecte de la SAE sont intégralement mises à disposition sur le site de diffusion de la SAE et sur le site [data.drees](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data) sous forme de bases de données². Par ailleurs, certaines données peuvent faire

1. Les activités de soins d'assistance médicale à la procréation (AMP) et de prélèvements d'organes font l'objet de recueils d'informations distincts et ne sont pas concernés.

2. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data>, rubrique, Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, La statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

l'objet de retraitements statistiques dans le cadre d'études.

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

Le programme de médicalisation des systèmes d'information s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous l'impulsion de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé. Depuis 2001, les informations issues du PMSI sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de MCO. En 1993 apparaît un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR), rendu obligatoire pour les établissements publics à partir de 1997 avant d'être généralisé en 2003. Mis en place en 2005, le PMSI-HAD est exploité par la DREES dès 2006. Après une première expérimentation, le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) se met en place à partir de la fin 2006. Ces recueils portent sur l'activité suivie par séjour ou par semaine de prise en charge. Il est possible également d'agréger des informations par patient grâce à une clé de chaînage (numéro anonyme permanent et unique attribué à chaque patient, établi sur le numéro de Sécurité sociale, la date de naissance, le sexe, etc.), qui permet de faire le lien entre les différentes hospitalisations d'un même patient. Les fiches 16, « Les patients suivis en psychiatrie », et 21, « Les parcours de soins hospitaliers », de cet ouvrage se limitent aux patients pour lesquels cette clé ne contient pas d'erreur.

Le PMSI-MCO

• Le recueil PMSI-MCO

Le PMSI-MCO recueille depuis 1997, pour chaque séjour, des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit. Celui-ci fournit des informations, qui déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente

une double homogénéité, d'une part en matière de caractéristiques médicales, et d'autre part en matière de durée de séjour. Les nomenclatures en cours pour le codage sont celles de la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), éventuellement complétées d'extensions ATIH pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM). Cet ouvrage utilise la version V2018 de la classification GHM. La nomenclature des GHM en V2018 comportant près de 2 600 postes, des regroupements ont été effectués à l'aide d'une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à rassembler les GHM en groupes d'activité, eux-mêmes rassemblés en groupes de planification, puis en domaines d'activité. Ces groupes tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et de la nature de l'activité.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-MCO et la SAE

Le PMSI-MCO et la SAE sont appariés par la DREES afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. Cela permet également d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains des écarts constatés pouvaient notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvrait pas totalement l'activité en MCO. Certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux et des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, entre autres, n'y répondaient pas. Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements au PMSI-MCO. En raison de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI-MCO au fil du temps, en particulier depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ce redressement n'est plus nécessaire. En MCO, les données d'activité et les durées de séjour présentées dans cet ouvrage proviennent du PMSI. Les durées moyennes de séjour sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de plus de un jour, hors nouveau-nés restés auprès de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogène avec la SAE.

• Quelques nuances dans les définitions entre les deux sources

La mesure de l'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en séjours et en journées. La rénovation de la SAE au début des années 2000 a eu notamment pour objectif d'harmoniser la mesure de l'activité entre le PMSI-MCO et la SAE. Pour les fiches de cet ouvrage se fondant sur le PMSI-MCO, l'ensemble des séances de radiothérapie, chimiothérapie et dialyse, ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés restés auprès de leur mère sont exclus. Du fait de la nouvelle refonte de la SAE en 2013, la convergence entre SAE et PMSI-MCO sur la mesure de l'activité s'est encore renforcée, puisque les variables portant sur l'activité en MCO dans la SAE sont désormais pré-remplies grâce à des données issues du PMSI-MCO. Par exemple, les séjours comptabilisés dans la SAE correspondent désormais aux séjours terminés dans l'année, alors qu'auparavant la SAE mesurait les séjours commencés dans l'année, ce qui pouvait occasionner de légers écarts avec les séjours recensés par le PMSI.

Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus de un jour

Des différences sensibles existent entre la SAE et le PMSI-MCO sur les critères retenus pour la répartition des séjours selon les modes d'hospitalisation et les disciplines. Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation. On parle d'hospitalisation complète lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à un jour (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins de un jour) et d'hospitalisation partielle quand elle mobilise une place pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie-chirurgie ambulatoire. Le typage des unités médicales du PMSI entre unités médicales d'hospitalisation complète et unités médicales d'hospitalisation partielle permet d'utiliser la répartition de l'activité du PMSI-MCO pour préremplir certaines variables d'activité de la SAE.

Le critère retenu à partir du PMSI-MCO est de définir le mode d'hospitalisation en fonction de la durée constatée du séjour. Celle-ci est alors mesurée en faisant la différence entre la date de sortie et la date

d'entrée. Si l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, alors la durée est nulle et le séjour classé en hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Un séjour comportant au moins une nuit est classé en hospitalisation complète. C'est ce critère qui a été retenu dans cet ouvrage pour les fiches décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers.

Classification des séjours selon les disciplines d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données concernant la classification des séjours selon les disciplines d'équipement. Dans la SAE, pour la répartition entre médecine et chirurgie, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie). Un séjour est considéré comme « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, et comme « médical » si le lit est recensé en médecine. Ce classement est cohérent avec la logique de la SAE, qui est orientée vers l'analyse des moyens (facteurs de production) mobilisés pour un malade, et qui se fonde là aussi sur le typage des unités médicales du PMSI entre unités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie.

Dans les fiches de cet ouvrage décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers, l'ambition est d'abord de décrire les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond donc au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du GHM du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il est classé en obstétrique. L'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour est qualifié de médical.

Les données du PMSI permettent de comparer les deux types de répartition de l'activité entre hospitalisation complète et partielle d'une part, et entre médecine, chirurgie, obstétrique et

odontologie d'autre part, (le critère de la SAE étant la localisation de l'activité dans l'unité médicale) [tableaux 1 et 2].

Le PMSI-SSR

Le PMSI-SSR, apparié par la DREES avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant des soins de suite et de réadaptation et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients. Depuis le décret du 17 avril 2008, les conditions techniques de fonctionnement et d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ont évolué. Les soins de suite ne sont plus distingués de ceux de rééducation et de réadaptation, mais sont fusionnés avec

ces derniers dans une modalité unique d'activité en SSR. Cette modalité unique se traduit par une autorisation de soins polyvalente, complétée parfois par des autorisations de soins plus spécialisées dans certaines prises en charge : appareil locomoteur, systèmes nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, etc. Les autorisations sont également déclinées en fonction des populations prises en charge (enfants, adolescents et personnes âgées).

• Le recueil PMSI-SSR

Depuis 2003, le PMSI-SSR recueille, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation).

Tableau 1 Répartition du nombre de séjours en fonction du lieu d'hospitalisation et de l'activité réalisée en 2018

En milliers

Lieu d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Répartition des séjours en fonction de l'activité réalisée (via le groupage GHM)			
	Chirurgie	Médecine	Activité interventionnelle (techniques peu invasives)	Obstétrique
Chirurgie	5 237	909	2 206	44
Médecine	372	5 497	1 124	27
Gynécologie-obstétrique	169	668	29	1 121
Dialyse	0	2	2	0
Urgence	19	1 311	9	2

Lecture > La majorité des séjours se déroulant dans une unité médicale de chirurgie sont accompagnés d'un acte de chirurgie (5 237 milliers) ou d'un acte interventionnel (2 206 milliers), mais 909 milliers sont des séjours de médecine et 44 milliers des séjours d'obstétrique.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition du nombre de séjours en fonction du mode d'hospitalisation issu du typage des unités médicales et de la durée effective du séjour (avec ou sans nuitée) en 2018

En milliers

Mode d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Nombre total de séjours	Nombre de séjours de plus de un jour (avec nuitée)	Nombre de séjours de moins de un jour (sans nuitée)
Hospitalisation complète (HC)	11 253	9 985	1 268
Mixte (HC / HP) ¹	922	637	285
Hospitalisation partielle (HP)	6 573	52	6 520

1. Lors du typage des unités médicales (UM) dans le PMSI, pour certaines UM, le mode d'hospitalisation n'est pas prédéfini comme « complet » ou « partiel » et la possibilité est laissée aux établissements de définir le mode d'hospitalisation de l'UM comme étant mixte. C'est le cas, par exemple, des unités de médecine gériatrique ou pédiatrique (UM 27 et 28).

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2018, traitements DREES.

- La morbidité est détaillée grâce aux recueils de la finalité principale de prise en charge, de la manifestation morbide principale, de l'affection étiologique, pour ce qui est de la morbidité principale, et grâce au recueil des diagnostics associés pour la comorbidité.

- La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne.

Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les séjours dans des catégories majeures (CM), puis dans des groupes nosologiques (GN) à partir de tests effectués sur les trois variables diagnostiques de la morbidité citées ci-dessus. Lorsque le GN est déterminé, le séjour est orienté dans des racines de groupes médico-économiques (RGME), puis dans des groupes médico-économiques (GME), selon l'âge du patient, la dépendance physique ou cognitive, les actes pratiqués, la date d'intervention chirurgicale, etc.

Les nomenclatures utilisées sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le codage des variables de morbidité, la classification commune des actes médico-techniques (CCAM) pour les actes médico-techniques, et le catalogue spécifique des activités de rééducation-réadaptation (CSARR) pour les actes de rééducation-réadaptation. Publié en 2012, ce dernier est utilisé depuis 2013 dans le PMSI-SSR, exclusivement pour décrire et coder l'activité des professionnels concernés dans les établissements de SSR.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-SSR et la SAE

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-SSR sont rapprochées de celles de la SAE par la DREES, pour mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, les équipements et le personnel. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation (SSR). En 2018, la couverture du PMSI-SSR est exhaustive. Par ailleurs, depuis 2013, les structures qui ne fournissent pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale de SSR, si bien que le PMSI ne fait plus l'objet d'une pondération pour corriger la non-réponse. Le recueil PMSI fournit des indications

sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour. Les durées de séjour sont recalculées à partir de ces informations.

• Calcul de l'activité : mise en cohérence du PMSI-SSR et de la SAE

Jusqu'en 2014, des écarts existaient au niveau de la mesure de l'activité. En particulier, la SAE ne comptabilisait que les séjours commencés dans l'année, contrairement au PMSI, qui recense tous les séjours. Depuis 2015, la convergence entre SAE et PMSI-SSR sur les concepts d'activité a été assurée. Depuis 2016, les séjours et les journées de la SAE sont préremplies avec le PMSI-SSR.

Le PMSI-HAD

• Le recueil PMSI-HAD

Le PMSI-HAD permet de mesurer depuis 2005 l'activité des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients (sexe, âge et lieu de résidence), des diagnostics principaux et des traitements prescrits lors du séjour. Les informations fournies déterminent le classement de chaque séjour dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC). À chaque GHPC est associée une pondération, qui module le tarif journalier en HAD en fonction de la durée du séjour.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-HAD et la SAE

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-HAD sont rapprochées de celles de la SAE par la DREES, afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. En 2018, la couverture du PMSI-HAD est quasi exhaustive, à cinq établissements près. Par ailleurs, les structures ne fournissant pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale d'HAD. La refonte de la SAE a permis de renforcer la convergence entre les deux sources sur les concepts d'activité. Depuis 2013, les séjours et les journées de la SAE sont préremplies avec le PMSI-HAD.

Le PMSI-psychiatrie (RIM-P)

Mis en place en 2006, le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P), comparable au

PMSI-MCO, permet de recueillir des informations standardisées, médicalisées et anonymisées par l'ATIH auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Il fournit une description médicale détaillée de l'activité psychiatrique en distinguant trois natures de prise en charge : l'hospitalisation à temps complet, l'hospitalisation à temps partiel et l'ambulatoire (consultations et soins externes). Le recueil repose sur la collecte de données relatives aux patients suivis par ces établissements (âge, sexe, pathologies, etc.) et à leurs modalités de prise en charge. Les prises en charge hospitalières à temps complet et à temps partiel (réalisées dans les établissements publics et privés) sont décrites à travers des séjours enregistrés au moyen d'un ou de plusieurs résumés appelés « séquences ». Il est possible d'obtenir dans ce cadre un parcours, au sein du milieu hospitalier, caractérisé par un nombre donné de séquences qui reflète la fragmentation des séjours et, dans une certaine mesure, l'interdépendance des séjours pour chaque patient. Les prises en charge ambulatoires (réalisées dans des établissements publics et des établissements de santé privés d'intérêt collectif [Espic]) sont décrites à travers des actes en fonction de leur nature, du lieu de réalisation et du type d'intervenant.

Les déclarations annuelles de données sociales (DADS)

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative commune aux administrations sociales et fiscales, que toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année doit remplir. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro Siret, code APE [activité principale exercée], nombre de salariés inscrits au 31 décembre, montant total des rémunérations annuelles, etc.) et des mentions particulières à chaque salarié (âge, sexe, nature de l'emploi, type de contrat, périodes d'emploi, nombre d'heures salariées, montant des rémunérations avant et après déduction des cotisations sociales). Le fichier statistique qui en est issu, appelé DADS – grand format, permet notamment d'observer l'emploi et les rémunérations versées dans les établissements de santé, publics et privés.

Le système d'information des agents du secteur public (Siasp)

Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) est une source d'information spécifique aux trois fonctions publiques. Ces données, produites par l'Insee, sont exploitées par la DREES sur le champ de la fonction publique hospitalière (FPH). Le Siasp intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, notamment liés au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). Auparavant traitées de la même manière que les données du secteur privé, les données relatives à la FPH sont, depuis 2009, incluses dans le dispositif du Siasp, ce qui implique une rupture de série. La nomenclature des emplois hospitaliers (NEH) présente dans le Siasp est une nomenclature statutaire de la FPH. Au même titre que la nomenclature des emplois territoriaux (NET) pour la fonction publique territoriale, ou que la nouvelle nomenclature des emplois (NNE) pour la fonction publique d'État, la NEH permet d'observer avec précision l'emploi et les salaires par corps, grades et catégories de la fonction publique hospitalière.

Concepts utilisés dans les DADS et dans le Siasp

Poste : au sens des DADS – grand format et du Siasp, un poste correspond à une personne dans un établissement. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts ont donc plusieurs postes. Cette notion de poste permet ainsi de recenser l'ensemble des personnes en emploi (hors intérimaires) au cours d'une année et de décrire cette période d'emploi (nombre d'heures travaillées, début et fin de la période d'emploi, durée de la période d'emploi). La durée du poste sert de pondération dans le calcul du salaire moyen sur l'année des personnels à temps plein. À partir de la notion de poste et des variables de durée, il est possible de construire des statistiques d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents le 31 décembre de l'année pour aboutir à un nombre d'emplois, soit en rapportant le nombre d'heures travaillées d'un poste à la durée de travail réglementaire pour obtenir un volume d'activité en équivalent temps plein (ETP). Ainsi,

la statistique de poste est plus générale que les notions d'emplois de la SAE, et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si, par exemple, au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, deux postes sont recensés (un dans chaque établissement) dans les DADS – grand format ou dans le Siasp, un seul finissant au 31 décembre. En revanche, au sens de la SAE, un seul emploi présent au 31 décembre est recensé, celui du second établissement.

Avant la refonte de la SAE en 2013, les effectifs étaient comptabilisés comme le nombre de personnes physiques sous contrat en décembre et les ETP étaient calculés pour les personnels rémunérés en décembre. À partir de 2013, les effectifs sont comptabilisés comme le nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre et les ETP sont des ETP moyens annuels (moyenne des ETP mensuels). Par ailleurs, à partir de l'exercice 2011, le champ du Siasp, et des DADS – grand format est plus large que celui de la SAE. Le Siasp, et les DADS – grand format recensent l'ensemble des emplois des entités juridiques sanitaires, tandis que la SAE comptabilise uniquement le personnel des établissements sanitaires. Ils ne prennent pas en compte les emplois des établissements médico-sociaux et de formation dépendant d'entités juridiques sanitaires.

Condition d'emploi : un poste est dit à temps complet (ou à temps plein) si le salarié effectue le nombre d'heures journalier conforme à la durée légale. Un poste est dit à temps partiel dans les autres cas (à condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables).

Salaire net mensuel moyen : il est calculé à partir du revenu net fiscal annuel disponible dans les sources en entrée des DADS – grand format ou du Siasp, divisé par 12 pour se ramener à un salaire mensuel. Il est net de toute cotisation sociale, y compris de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Pour chacun des postes, le salaire est donné en équivalent temps plein (ETP), ce qui correspond à la somme qu'aurait perçue le salarié s'il avait travaillé toute l'année à temps plein. Les moyennes sont obtenues en pondérant les salaires annualisés par les ETP, c'est-à-dire au prorata de la durée d'emploi et de la quotité travaillée de

chaque poste. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 euros par an. Le salaire net annuel moyen correspond au salaire net moyen versé par les établissements.

Données comptables des établissements de santé

Les données comptables et financières des établissements de santé sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) pour les entités juridiques des hôpitaux publics, et par la société Bureau van Dijk (BvD) pour les cliniques privées à but lucratif. Ces dernières déposent leurs liasses fiscales auprès des greffes des tribunaux de commerce. Pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), ce sont les données de l'enquête Comptes financiers, réalisée par l'ATIH qui sont utilisées.

Données de consommation des médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) de la liste en sus

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), un dispositif dérogatoire est prévu afin de garantir le financement des produits innovants et particulièrement onéreux, ce qui permet à la fois d'assurer la diffusion du progrès technique et de prendre en compte des pathologies atypiques. Ces spécialités sont inscrites sur la liste des médicaments et dispositifs médicaux implantables facturables en sus des prestations d'hospitalisation, dite liste en sus. Les données de cette liste sur les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) consommés par les établissements de santé proviennent du PMSI, et plus précisément du FichComp, fichier que tous les établissements de santé doivent produire et transmettre à l'ATIH. Ces données contiennent le montant au prix d'achat et le nombre administré pour chaque code unité commune de dispensation (UCD) pour les médicaments, ou code liste des produits et prestations (LPP) pour les DMI.

Par ailleurs, les médicaments en autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post-ATU doivent également faire l'objet d'une déclaration par les

établissements publics et les établissements privés participant au service public hospitalier, à travers le même outil Fichcomp du PMSI.

Des données agrégées sur la consommation globale de médicaments (liste en sus, ATU et post-ATU) et DMI de la liste en sus sont accessibles via le portail ScanSanté de l'ATIH, plateforme de restitution en ligne de données sur les établissements de santé. Ce portail, en accès libre, met à disposition des informations financières, d'activité, de qualité et de performance des établissements publics et privés sur les différents champs d'activités : MCO, HAD, SSR et psychiatrie. Mis en place en 2015, il succède au système national d'information sur l'hospitalisation (Snatih).

Les sources des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)

L'ensemble des données des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) est collecté et restitué aux établissements sur des plateformes sécurisées de l'ATIH, pour le compte de la Haute Autorité de santé (HAS).

Les indicateurs de processus calculés à partir de questionnaires établissement

Seuls les indicateurs de lutte contre les infections associées aux soins (IAS) sont calculés en ayant recours à un questionnaire adressé aux établissements de santé. Les données sont collectées à partir d'un questionnaire *ad hoc* hébergé sur la plateforme QualHAS³. Les établissements concernés y sont inscrits et ont pour obligation de s'y connecter et d'y saisir les données demandées. Le calcul des indicateurs est réalisé directement sur la plateforme par l'ATIH.

Les indicateurs de processus calculés à partir de données du dossier patient

Les données issues de l'analyse de dossiers de patients sont collectées à partir d'un questionnaire *ad hoc* (spécifique au thème étudié) hébergé sur la plateforme QualHAS. Les établissements concernés y sont inscrits et doivent y saisir les informations demandées. Un logiciel tire au sort les dossiers patients à partir de la base PMSI de l'établissement et transmet la liste sur QualHAS, verrouillant ainsi la liste des dossiers à analyser (contrôle *a priori*). Pour chaque dossier patient, un questionnaire est renseigné. Le calcul des indicateurs est réalisé directement sur la plateforme QualHAS par l'ATIH.

Les indicateurs de résultat calculés à partir du PMSI-MCO

Les indicateurs de résultat sont calculés à partir de la base PMSI-MCO scellée. Un algorithme validé par la HAS est appliqué par l'ATIH pour le calcul, et les résultats sont restitués aux établissements sur QualHAS.

Les indicateurs de résultat calculés à partir d'un questionnaire patient

Les indicateurs de satisfaction et d'expérience des patients sont collectés sur la plateforme e-Satis, selon la procédure suivante : les établissements de MCO inscrits sur la plateforme doivent collecter en continu les adresses mails des patients concernés par les enquêtes en cours et les déposer au minimum mensuellement sur la plateforme e-Satis. Un mail est alors envoyé aux patients : il contient un lien qui leur permet de répondre directement au questionnaire *ad hoc* sur la plateforme e-Satis⁴. À date fixe, la base est figée et les indicateurs sont calculés et restitués directement par la plateforme. ■

3. À l'issue de chaque recueil annuel, les agences régionales de santé (ARS) contrôlent les données dans 10 % des établissements concernés.

4. Ce type de recueil a fait l'objet d'une déclaration à la Cnil.

Annexe 3

Glossaire

A

AC : aide à la contractualisation
ACE : acte et consultation externe
AE : affection étiologique
AHU : assistant hospitalier universitaire
ALD : affections de longue durée
AMM : autorisation de mise sur le marché
AMP : assistance médicale à la procréation
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris
APE (code) : activité principale exercée
ARS : agence régionale de santé
ATC (classification) : anatomique, thérapeutique et chimique
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU : autorisation temporaire d'utilisation
AVC : accident vasculaire cérébral
AVQ : activités de la vie quotidienne

B

BvD (société) : bureau van Dijk

C

CA : chiffre d'affaires
CAF : capacité d'autofinancement
CAS : catégorie d'activités de soins
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCU-AH : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux
CDD : contrat à durée déterminée
CDI : contrat à durée indéterminée
CH : centre hospitalier
CHR : centre hospitalier régional
CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales

CHU : centre hospitalier universitaire
CICE : crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
CIM : classification internationale des maladies
CLCC : centre de lutte contre le cancer
CM : catégorie majeure (de diagnostic)
CMP : centre médico-psychologique
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CNIL : Commission nationale relative à l'informatique et aux libertés
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPEF : centre de planification ou d'éducation familiale
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale
CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSARR : catalogue spécifique des actes de rééducation-réadaptation
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CSG : contribution sociale généralisée
CSP : Code de la santé publique
CTS : conseil territorial de santé
CV : coefficient de variation

D

DADS : déclaration annuelle de données sociales
DAF : dotation annuelle de financement
DCIR : *datamart* de consommation interrégime
DFG : dotation forfaitaire garantie
DG : dotation globale
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DIM : département de l'information médicale
DMA : dotation modulée à l'activité
DMI : dispositif médical implantable
DMS : durée moyenne de séjour
DROM : départements et régions d'outre-mer

E

EBE : excédent brut d'exploitation
EG : entité géographique

Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EJ : entité juridique
EML : équipement de matériel lourd
ENC : étude nationale de coûts
EQTP (salaire en) : équivalent temps plein
Espic : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ÉTÉ : événements thromboemboliques
ETP : équivalent temps plein

F

FEH : Fonds pour l'emploi hospitalier
FFI : faisant fonction d'interne
FFIP : Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique
Finess : fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR : Fonds d'intervention régional
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FMV : forfait médicaments de ville
Fnehad : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
FPH : fonction publique hospitalière
FPPC : finalité principale de prise en charge

G

GCS : groupement de coopération sanitaire
GHM : groupe homogène de malades
GHPC : groupe homogène de prises en charge
GHS : groupe homogène de séjours
GHT : groupement hospitalier de territoire
GME : groupe médico-économique
GN : groupe nosologique

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HC : hospitalisation complète
HP : hospitalisation partielle
HP : hôpital public
HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires

IAS (thème) : infections associées aux soins
ICA : indice conjoncturel d'avortement
ICATB.2 : indicateur composite du bon usage des antibiotiques version 2
ICSHA.3 : indicateur de consommation de produits hydroalcooliques version 3
Ifaq : incitation financière à l'amélioration de la qualité
Igas : Inspection générale des affaires sociales
IMG : interruption médicale de grossesse
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
IQSS : indicateur de qualité et de sécurité des soins
IRM : imagerie par résonance magnétique
ISBLSM : institution sans but lucratif au service des ménages
IVG : interruption volontaire de grossesse

L

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
LMSS : loi de modernisation de notre système de santé
LPP : liste des produits et prestations

M

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MCS : médecin correspondant du Samu
MCU-PH : maître de conférences des universités – praticien hospitalier
MECS : maison d'enfants à caractère sanitaire
Merri : mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIG : mission d'intérêt général
Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MMP : manifestation morbide principale
MRC : maladie rénale chronique
MSA : Mutualité sociale agricole

N

Naf Rev2 : nomenclature d'activités française – deuxième révision

NEH : nomenclature des emplois hospitaliers

NET : nomenclature des emplois territoriaux

NNE : nouvelle nomenclature des emplois

O

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie

ODMCO : objectif national des dépenses de MCO

ODSSR : objectif national des dépenses de SSR

OMS : Organisation mondiale de la santé

Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie

Onic : orientation nationale d'inspection-contrôle

OQN : objectif quantifié national

ORL : oto-rhino-laryngologie

Orsan : organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles

OTSS (loi relative à l') : organisation et à la transformation du système de santé

P

Paca (région) : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PH : praticien hospitalier

PHU : praticien hospitalier universitaire

PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale

PMI : protection maternelle infantile

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PPCR : protocole sur les parcours professionnels, les carrières et rémunérations

PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins

PRS : projet régional de santé

PTG : prothèse totale de genou

PTH : prothèse totale de hanche

PU-PH : professeur des universités – praticien hospitalier

R

RGME : racines de groupes médico-économiques

RHS : résumé hebdomadaire standardisé

RIM-P : recueil d'information médicale en psychiatrie

RSI : Régime social des indépendants

S

SA : semaine d'aménorrhée

SAE : statistique annuelle des établissements de santé

Samu : service d'aide médicale urgente

SCD : soins de courte durée

Siasp : système d'information des agents du secteur public

Siren (numéro) : système d'identification du répertoire des entreprises

Siret (numéro) : système d'identification du répertoire des établissements

SLD : soins de longue durée

SMPR : service médico-psychologique régional

Smur : structure mobile d'urgence et de réanimation

SNA : salaire net annuel moyen

Snatih : système national d'information sur l'hospitalisation

SNC : système nerveux central

Sniiram : système national d'information interrégimes d'assurance maladie

SNS : stratégie nationale de santé

SRS : schéma régional de santé

SSA : service de santé des armées

SSR : soins de suite et de réadaptation

STSS : stratégie de transformation de notre système de santé

T

T2A : tarification à l'activité

TDS : territoire de démocratie sanitaire

TEP : tomographe à émission de positons

TJP : tarif journalier de prestation

U

UCD : unité commune de dispensation

UFR : unité de formation et de recherche

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

UMD : unité pour malades difficiles

USLD : unité de soins de longue durée

USMP : unité de soins en milieu pénitentiaire

V

VIH : virus d'immunodéficience humaine

Les établissements de santé

ÉDITION 2020

En 2018, plus de 3 000 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières, dont le nombre continue de diminuer, s'adaptent et modifient en profondeur leur offre de soins, par le biais notamment du développement de l'hospitalisation à temps partiel ou de l'hospitalisation à domicile.

Dans son édition 2020, *Les établissements de santé* détaillent, pour l'année 2018, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, le parcours des patients par disciplines, les caractéristiques du personnel rémunéré (médical et non médical) ou encore les équipements techniques et leur répartition sur le territoire. Les indicateurs mis à disposition par la Haute Autorité de santé (HAS) pour évaluer la qualité des soins et la sécurité des patients sont présentés de façon synthétique. Enfin, des éléments de cadrage permettent d'apprécier l'évolution de la santé économique et financière du secteur, et celle de son contexte juridique et réglementaire.

Dans la même collection **SANTÉ**

- La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties
- Les dépenses de santé
- Portrait des professionnels de santé

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr



La DREES fait partie
du Service statistique public
pilote par l'Insee.