

le panorama
des établissements
de *santé*

édition 2011



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHESION
SOCIALE

le panorama
des établissements
de *santé*

édition 2011

Le panorama des établissements de santé édition 2011

Liste des personnes ayant participé au panorama

Audrey Baillot, Mhenni Ben Yaala, Nicolas Blanchard, Fabienne Coquelet,
Antoine Dangremont, Franck Evain, Albane Exertier, Annie Fénina, Élodie Kranklader,
Marie-Anne Le Garrec, Isabelle Leroux, Marie-Claude Mouquet, Gaël Raimbault,
Willy Thao Khamsing, Éric Thuaud, Hélène Valdelièvre,
Vanessa Vanrossemagnani, Annick Vilain, Engin Yilmaz.

Sous la coordination de

Albane Exertier et Christelle Minodier

Directrice de la publication

Anne-Marie Brocas

Édition

Nadine Gautier

Maquette

DREES

DREES

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75014 Paris

Internet : www.sante.gouv.fr/

direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees,5876.html

SOMMAIRE

LE PANORAMA DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ • édition 2011

AVANT-PROPOS	5
---------------------------	---

DOSSIERS

- Fréquence et part d'évitabilité des événements indésirables graves dans les établissements de santé : les résultats des enquêtes ENEIS 9
- Quelle acceptabilité des événements indésirables graves dans la population et chez les médecins ? 21
- Les inadéquations hospitalières en France : fréquence, causes et impact économique 33

FICHES

1 • Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel	49
2 • Données de cadrage	59
• Les grandes catégories d'établissements de santé.....	60
• Les capacités d'accueil à l'hôpital	62
• L'activité en hospitalisation complète et partielle.....	64
• Les autres prises en charge hospitalières	66
• Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens.....	68
• Les internes dans les établissements de santé	70
• Personnels non médicaux salariés et sages-femmes	72
• Les salaires dans le secteur hospitalier.....	74
• Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités.....	76
3 • Médecine, chirurgie et obstétrique	79
• Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités.....	80
• Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle.....	82
• Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours.....	84
• La spécialisation en médecine	86
• La spécialisation en chirurgie	88
• La spécialisation en obstétrique	90
4 • Les plateaux techniques	93
• L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux.....	94
• L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif	96

5 • Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière	99
• La lutte contre les infections nosocomiales	100
• La naissance : les maternités	102
• La naissance : caractéristiques des accouchements	104
• La médecine d'urgence	106
• L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé	108
• Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie	110
• Les structures d'hospitalisation à domicile	112
• Les patients hospitalisés à domicile	114
• Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)	116
• La patientèle d'hospitalisation complète des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)	118
• L'offre et la prise en charge en soins palliatifs à l'hôpital.....	120
• Les interruptions volontaires de grossesse en établissement.....	122
• Les dépenses de médicaments dans les établissements de santé.....	124
6 • La situation économique du secteur	127
• La part des établissements de santé dans la consommation de soins	128
• Disparités territoriales des dépenses de soins hospitaliers de court séjour	130
• La situation économique et financière des cliniques privées.....	132
• La situation économique et financière des hôpitaux publics	134
7 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé	137
SIGLES UTILISÉS	143

AVANT-PROPOS

Le *Panorama des établissements de santé* propose chaque année une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. Pour la présente édition, ce sont les données de 2009 qui sont traitées.

Le *Panorama* est élaboré à partir des sources de référence que sont notamment la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les Programmes de médicalisation des systèmes d'information pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (PMSI-MCO), pour les soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR) et pour l'hospitalisation à domicile (PMSI-HAD). Les données comptables des hôpitaux publics et des cliniques privées ainsi que les Déclarations annuelles de données sociales (DADS) complètent les sources mobilisées pour la réalisation de cet ouvrage.

À travers trente-six fiches pédagogiques et synthétiques, accompagnées de tableaux, de cartes et de graphiques, l'ouvrage fournit les chiffres-clés sur l'activité, les capacités et les personnels intervenant dans les structures hospitalières et leurs rémunérations. Il propose des zooms sur des activités spécifiques comme la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation ainsi que la médecine d'urgence. Il propose également des éléments de cadrage économiques et financiers. Les principales définitions nécessaires à la compréhension du texte sont rappelées dans chaque fiche et les références bibliographiques les plus pertinentes dans les domaines abordés y sont également rapportées pour que le lecteur cherchant à en savoir plus puisse s'y référer.

Cet ouvrage comporte également des dossiers permettant d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier. La thématique retenue pour l'édition 2011, année des patients et de leurs droits, est celle de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des soins. Plusieurs articles vous sont proposés abordant ce vaste sujet selon différents angles.

Le premier porte sur l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves (ENEIS) que la DREES a rééditée en 2009. L'objectif principal était d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé et d'observer leur évolution par rapport à l'enquête de 2004. La fréquence des EIG survenus pendant l'hospitalisation est estimée à 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation en 2009 (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine). Plus de 40 % d'entre eux seraient évitables. Par ailleurs, 4,5 % des séjours sont causés par un EIG, dont près de 60 % seraient évitables. L'enquête ENEIS montre également que les patients âgés et fragiles sont plus exposés aux EIG évitables.

Un éclairage retrace la construction des politiques de lutte contre les EIG en France.

Le deuxième article traite de la mesure de l'acceptabilité des risques liés aux soins. La DREES a en effet financé une enquête, reposant sur des scénarios présentant des situations d'évènement indésirable grave, pour étudier l'acceptation, la tolérance et la perception des principaux risques liés aux soins. L'acceptabilité des événements indésirables graves par la population apparaît globalement très faible, quelles que soient la gravité et les conséquences des EIG : onze situations cliniques sur les seize testées ont été considérées comme non acceptables par plus de la moitié des répondants. La tolérance du milieu médical aux événements indésirables graves apparaît un peu plus élevée que celle de la population générale. Il existe toutefois un parallélisme des classements des EIG par niveau d'acceptabilité entre la population et les médecins.

Enfin, un dernier article est consacré à l'Enquête nationale sur les inadéquations hospitalières réalisée en 2010 pour déterminer le taux d'inadéquations en France métropolitaine en médecine-chirurgie et mettre en évidence des facteurs explicatifs de ces inadéquations et des facteurs de risque associés. Au niveau national, 10 % des lits de médecine et chirurgie sont occupés de manière inadéquate un jour donné (5 % en chirurgie, 17,5 % en médecine). En termes de séjours, 93 % des séjours sont considérés comme totalement adéquats. Ainsi, 7 % des séjours présentent une inadéquation soit dès l'admission, soit au cours du séjour : la part d'admissions inadéquates est estimée à 3 %. D'une manière générale, ces taux d'inadéquations sont plus bas que ceux retrouvés dans la littérature. Une modélisation économique a, par ailleurs, permis d'évaluer l'impact de ces inadéquations.

DOSSIERS

Fréquence et part d'évitabilité des événements indésirables graves dans les établissements de santé : les résultats des enquêtes ENEIS

Philippe MICHEL¹, Christelle MINODIER², Céline MOTY-MONNEREAU², Monique LATHÉLIZE¹, Sandrine DOMEQ¹, Mylène CHALEIX², Marion KRET¹, Tamara ROBERTS⁴, Léa NITARO³, Régine BRU-SONNET¹, Bruno QUINTARD³, Jean-Luc QUENON¹, Lucile OLIER²

1 - Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA)

2 - Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES)

3 - Université Victor Segalen Bordeaux 2, laboratoire EA 495 « Analyse des problèmes sociaux et de l'action collective (LAPSAC) »

4 - Université Victor Segalen Bordeaux 2, laboratoire de psychologie EA 4139 « Santé et qualité de vie »

La DREES a réédité en 2009 l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves (ENEIS). L'objectif principal était d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé et d'observer leur évolution par rapport à l'enquête de 2004.

La fréquence des EIG survenus pendant l'hospitalisation est de 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation (9,2 en chirurgie et 4,7 en médecine). Plus de 40 % d'entre eux (2,6 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation) seraient évitables. Par ailleurs, 4,5 % des séjours sont causés par un EIG, dont près de 60 % seraient évitables (2,6 % des séjours causés par un EIG évitable). Les EIG survenant pendant l'hospitalisation sont le plus souvent associés aux actes invasifs et les EIG à l'origine d'admissions, aux produits de santé. L'enquête ENEIS montre également que les patients âgés et fragiles sont plus exposés aux EIG évitables, suggérant des pistes d'actions ciblées sur certaines catégories de la population. Globalement, les résultats de 2009 sont proches de ceux de 2004. La stabilité des indicateurs sur la période étudiée ne permet toutefois pas de conclure à l'absence de changements en termes de culture de sécurité et de comportement des acteurs du système de santé, qui ne sont pas mesurés par les indicateurs. Elle ne signifie pas non plus absence de résultats des actions entreprises : compte tenu de la modification de la structure d'âge des patients hospitalisés, de la complexité technique des actes et des prises en charge et des modifications des conditions de travail, avérées sur la période étudiée, une partie des experts s'attendait en fait à une hausse de la fréquence des EIG entre 2004 et 2009.

L'enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins en établissements de santé (ENEIS) a été rééditée par la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) en 2009 et réalisée par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) auprès d'un échantillon représentatif de 251 services de chirurgie et de médecine. Elle permet de mesurer la fréquence des événements indésirables graves (EIG) se produisant au cours d'une hospitalisation, d'estimer la

proportion des séjours hospitaliers qui sont causés par un EIG et d'évaluer la part d'évitabilité de ces EIG.

Un événement indésirable associé aux soins peut survenir à l'occasion d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention. Sont considérés comme graves les événements qui entraînent une hospitalisation, une prolongation d'hospitalisation d'au moins un jour, un handicap, une incapacité à la fin de l'hospitalisation ainsi que les événements associés à une menace vitale ou à

un décès, sans qu'ils en aient été nécessairement la cause directe. Les événements indésirables graves (EIG) recouvrent donc une large palette de situations cliniques.

La survenue d'un EIG chez un patient n'est pas forcément liée à une moindre qualité de soins : une part importante d'EIG résulte de risques auxquels le patient était exposé dans le cadre de soins considérés comme optimaux. C'est pourquoi seuls certains de ces EIG sont évitables. Un événement indésirable « évitable » se définit comme un événement indésirable qui ne serait pas survenu si les soins avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de l'événement indésirable. Le caractère évitable de l'EIG est apprécié à l'issue d'une évaluation précise de la situation clinique du patient et des conditions de sa prise en charge par le système de soins (voir encadré 1).

Des événements indésirables graves peu fréquents au regard des volumes d'activité hospitalière

Les données de l'enquête ENEIS ont été recueillies entre avril et juin 2009 sur la base de 8 269 séjours de patients et 31 663 journées d'hospitalisation. En ce qui concerne les EIG qui surviennent pendant l'hospitalisation, on compte en moyenne 6,2 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation, dont 2,6 EIG évitables. Cela correspond à environ un EIG tous les cinq jours dans un service de 30 lits. De plus, en rapportant cette densité

d'incidence aux 54 millions de journées enregistrées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les séjours relevant du champ de l'enquête¹, on estime que 275 000 à 395 000 EIG par an sont survenus pendant une hospitalisation, dont 95 000 à 180 000 EIG peuvent être considérés comme évitables (voir graphique 1).

On estime par ailleurs que 4,5 % des séjours sont causés par un EIG. Sur les 9 millions de séjours d'hospitalisation complète réalisés en 2009 en médecine et chirurgie, entre 330 000 et 490 000 admissions auraient donc pour cause un EIG, dont 160 000 à 290 000 peuvent être considérés comme évitables (voir graphique 1bis).

Le nombre d'EIG peut sembler important dans l'absolu. Il est suffisamment élevé pour que ces événements constituent une réalité non exceptionnelle pour les professionnels et les services d'hospitalisation, justifiant leur observation. Par contre, pour un patient donné, le risque de survenue d'un EIG au cours d'une hospitalisation est peu élevé.

Les EIG survenus pendant l'hospitalisation, plus fréquents en chirurgie ; les séjours causés par des EIG, plus fréquents en médecine

Les EIG qui surviennent pendant l'hospitalisation sont plus fréquents en chirurgie qu'en médecine (respectivement 9,2 EIG contre 4,7 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation – voir graphique 2). Par ailleurs, les EIG identifiés

1. Établissements de santé publics et privés de France métropolitaine, hors services de santé des armées et des prisons, ayant des capacités d'hospitalisation complète en médecine ou en chirurgie.

ENCADRÉ 1 ● Mesure de l'évitabilité

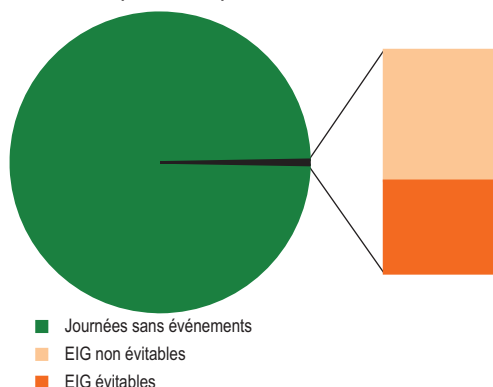
L'enquête ENEIS mobilise des médecins enquêteurs externes aux établissements participants et formés pour mesurer l'évitabilité à partir de l'information fournie par les professionnels de terrain et de l'analyse des dossiers des patients. Le caractère évitable est apprécié à l'issue d'une évaluation précise de la situation clinique du patient et des conditions de sa prise en charge par le système de soins. Les conditions de prise en charge sont étudiées à l'aide de plusieurs critères :

- conformité des soins (indication, réalisation) par rapport à la pratique définie dans la stratégie de soins individuelle, dans les protocoles de soins de l'unité et dans les recommandations professionnelles ;
- appréciation du degré de similitude de prise en charge par la plupart des médecins ou professionnels de santé dans un contexte identique ;
- et surtout, adéquation du rapport bénéfice/risque des soins à l'origine de l'événement.

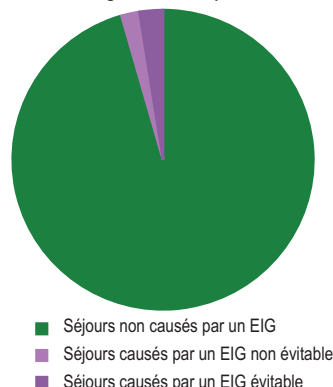
Les EIG considérés, à l'issue de l'analyse par le médecin enquêteur et le médecin en charge du patient, comme non évitables surviennent le plus souvent lors de la prise en charge de cas complexes ou graves et d'actes de soins qui présentent des risques inférieurs au bénéfice escompté.

GRAPHIQUES 1 ET 1 BIS • Poids des EIG dans l'ensemble de l'activité hospitalière

EIG survenus pendant l'hospitalisation



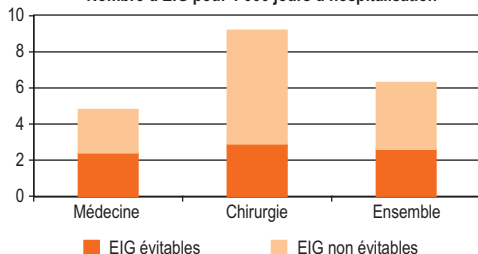
EIG à l'origine d'une hospitalisation



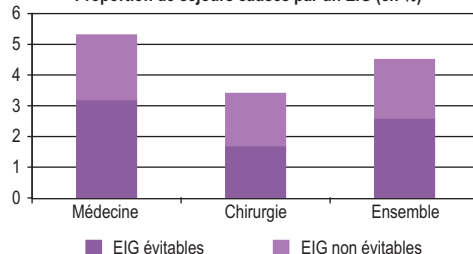
Champ • Établissements de santé publics et privés de France métropolitaine ayant des capacités d'hospitalisation complète en médecine ou en chirurgie.
Sources • Enquête ENEIS 2009, DREES, exploitation CCECQA.

GRAPHIQUES 2 ET 2 BIS • Fréquence des EIG par discipline

Nombre d'EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation



Proportion de séjours causés par un EIG (en %)



Champ • Établissements de santé publics et privés de France métropolitaine ayant des capacités d'hospitalisation complète en médecine ou en chirurgie.
Sources • Enquête ENEIS 2009, DREES, exploitation CCECQA.

dans des unités de chirurgie surviennent plus souvent dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) que dans les autres centres hospitaliers ou les établissements privés. Ceci s'explique sans doute essentiellement par la plus grande complexité des cas pris en charge et leur caractère souvent urgent car la fréquence des EIG évitables n'est pas différente. En revanche, pour les EIG survenus en médecine, on n'observe pas de différence significative selon le type d'établissements.

La répartition des disciplines s'inverse quand on étudie les EIG causés d'hospitalisation. La proportion d'admissions causées par un EIG est en effet significativement plus élevée en médecine qu'en chirurgie (5,3 % contre 3,4 %, voir graphique 2 bis). Les EIG à l'origine d'un séjour dans une unité de médecine surviennent plus fréquemment dans les centres hospitaliers (CH) que dans les cliniques privées. L'une des raisons est que, en tant qu'hôpitaux de proximité, les CH prennent traditionnel-

lement en charge les séjours médicaux non programmés. Il n'y a en revanche pas de différence significative selon le type d'établissements pour les EIG ayant causé un séjour dans une unité de chirurgie.

Si l'on se restreint aux EIG évitables, la proportion de séjours causés par ceux-ci est aussi significativement plus élevée en médecine qu'en chirurgie (3,2 % contre 1,7 %) et, en médecine, elle est toujours plus élevée dans les CH que dans les établissements privés.

Les EIG survenant pendant l'hospitalisation sont le plus souvent associés aux actes invasifs et les EIG à l'origine d'admissions le sont aux produits de santé

Sur les 6,2 EIG qui surviennent pour 1 000 jours d'hospitalisation, la majorité est liée à une procédure (actes

invasifs, dont interventions chirurgicales, autres actes diagnostiques, thérapeutiques ou de prévention) soit exclusivement (1,9 EIG pour 1 000 jours d'hospitalisation) soit principalement en association avec un produit de santé (0,9 EIG) ou une infection liée aux soins (1,2 EIG) (voir graphique 3). Ces événements ont majoritairement été considérés comme non évitables.

Sur les 4,5 % de séjours provoqués par un EIG, 1,7 % ont pour origine des EIG exclusivement associés à un produit de santé et 0,7 % des EIG associés à une procédure (voir graphique 3bis). Les EIG exclusivement associés à l'administration de produits de santé, en particulier les médicaments, ont été plus souvent jugés évitables que les

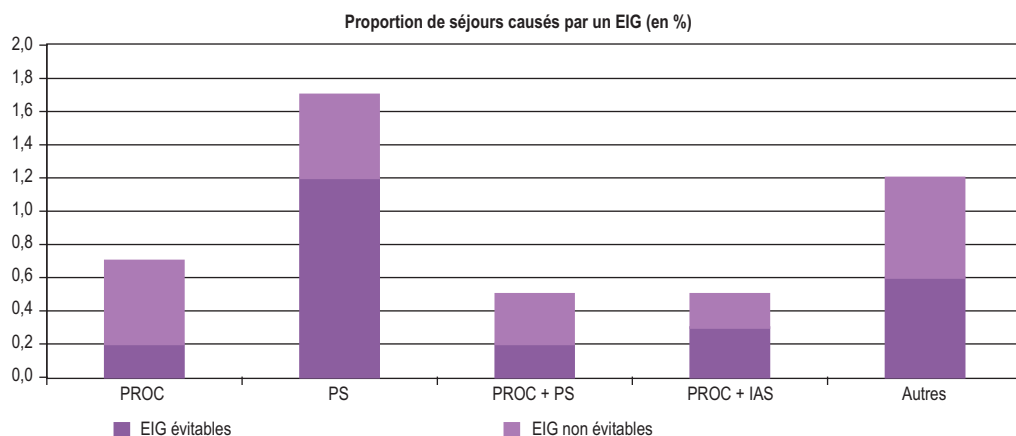
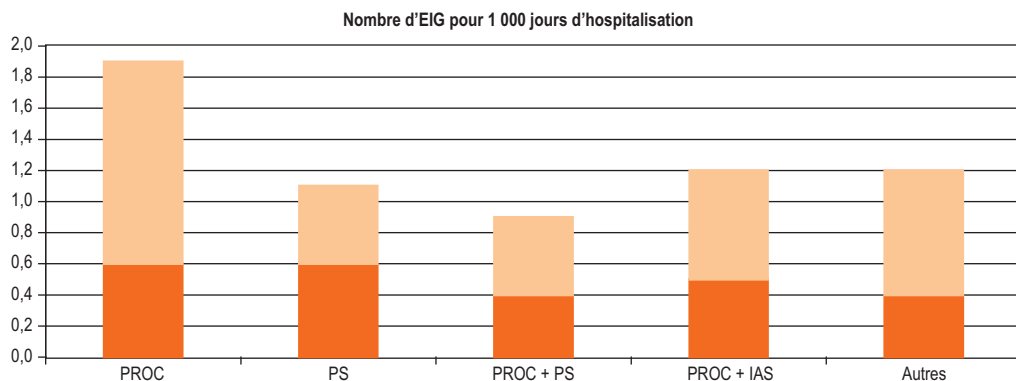
autres EIG à l'origine d'une hospitalisation : cela concerne plus des deux tiers d'entre eux, contre moins d'un tiers des EIG associés à un acte invasif par exemple.

Peu d'évolutions entre 2004 et 2009

Pour les EIG survenus pendant l'hospitalisation, on n'observe aucune évolution significative entre 2004 et 2009 en ce qui concerne la densité d'incidence² des EIG, notamment évitables, et leurs conséquences. En matière d'expositions et de mécanismes (procédures, produits de santé et infections), seule la densité d'incidence liée aux produits de santé augmente de façon significative

2. La densité d'incidence des événements indésirables graves identifiés pendant l'hospitalisation est calculée comme le nombre d'EIG identifiés dans l'unité pendant la période d'observation rapporté au nombre de jours d'hospitalisation observés. Elle est exprimée pour 1 000 journées d'hospitalisation.

GRAPHIQUES 3 ET 3 BIS • Fréquence des EIG par type d'expositions et mécanismes



Lecture • PROC : EIG lié à une procédure (intervention chirurgicale, radiologie interventionnelle, etc.) ; PS : EIG lié à un produit de santé (médicament, dispositifs médicaux et implantables tels laser, implant, etc.) ; IAS : EIG lié à une infection associée aux soins.

Champ • Établissements de santé publics et privés de France métropolitaine ayant des capacités d'hospitalisation complète en médecine ou en chirurgie.

Sources • Enquête ENEIS 2009, DREES, exploitation CCECQA.

et ce, uniquement en chirurgie. Cette évolution est imputable non pas aux médicaments mais aux dispositifs médicaux.

Pour les EIG « causes d'hospitalisation », la proportion de séjours causés par des infections évitables associées aux soins était statistiquement supérieure en 2009 par rapport à 2004 dans les unités de chirurgie. L'analyse comparative des cas observés en 2009 et en 2004 montre une augmentation des infections du site opératoire liées à des interventions lors d'hospitalisations antérieures. Étant donnée l'absence de diminution de la durée moyenne de séjour sur la totalité de l'échantillon, une des raisons pourrait être un séjour écourté dans l'hospitalisation précédente avec une identification de l'infection au domicile du patient, ou une prise en charge non optimale de la plaie opératoire en médecine ambulatoire.

Excepté sur les médicaments, très peu d'autres sources nationales et internationales fournissent des points de comparaison (voir encadré 2). Sur les médicaments, les résultats d'ENEIS sont très proches de ceux de l'étude réalisée par les centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV).

Des conséquences plus ou moins graves

Un événement indésirable est considéré comme grave lorsqu'il entraîne un handicap ou une incapacité à la fin de l'hospitalisation, lorsqu'il met en jeu le pronostic vital, quelle qu'en soit l'issue, ou lorsqu'il entraîne une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation d'au moins un jour. La gravité varie selon les situations ; certaines conséquences ont un caractère irréversible, d'autres occasionnent seulement une gêne ou perturbent un peu le déroulement du séjour. De même, l'incapacité à la sortie recouvre des situations très contrastées : une gêne respiratoire de quelques jours est en effet considérée comme une incapacité par les enquêteurs, au même titre qu'une perte sensorielle ou motrice définitive.

En 2009, sur les 6,2 EIG qui surviennent pour 1 000 jours d'hospitalisation, 2,4 ont pour seule conséquence une prolongation d'hospitalisation (voir graphique 4), 1,9 ont mis en jeu le pronostic vital (avec ou sans prolongation d'hospitalisation) et 1,9 ont entraîné une incapacité à la sortie (temporaire ou définitive).

En ce qui concerne les EIG causes d'admission, leur conséquence principale est une hospitalisation. En

ENCADRÉ 2 ● Comparaisons nationale et internationale

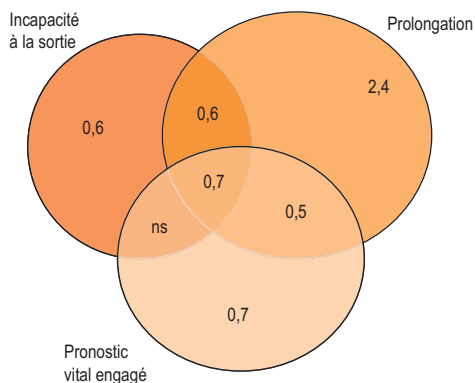
La possibilité de comparer les résultats obtenus avec les études réalisées à l'étranger est relativement circonscrite car le recueil y est le plus souvent uniquement fondé sur l'analyse des dossiers des patients. L'étude ENEIS, principalement fondée sur l'interrogation des équipes de soins, ne permet pas de suivre le séjour complet des patients, d'où le choix de calculer une densité d'incidence (proportion d'événements pour 1 000 journées d'hospitalisation). L'étude espagnole ENEAS, construite sur une méthodologie similaire, montre une densité d'incidence des EIG survenus pendant l'hospitalisation proche (7,3 pour 1 000 jours d'hospitalisation) et estime que 1,9 % des séjours sont causés par des EIG. Pour ce qui concerne les résultats en termes de proportion des hospitalisations causées par un EIG, une étude australienne apporte des résultats comparables. D'après cette étude, réalisée sur des séjours hospitaliers de 31 établissements de santé en 1992, 6,6 % des admissions étaient causées par des EIG.

En revanche, dans les études les plus récentes, la répartition des EIG est comparable avec les résultats de l'étude ENEIS car les définitions et les questionnaires utilisés sont similaires (Wilson *et al.*, 1995 ; Schioler *et al.*, 2001). La proportion d'EIG évitables est ainsi comprise entre 37 % et 51 % selon les sources. Sur l'ensemble des EIG identifiés, de 45 % à 50 % sont survenus en médecine. Les EIG liés à une intervention chirurgicale représentent de 40 % à 50 % de l'ensemble des EIG, ceux liés au médicament de 19 % à 29 %.

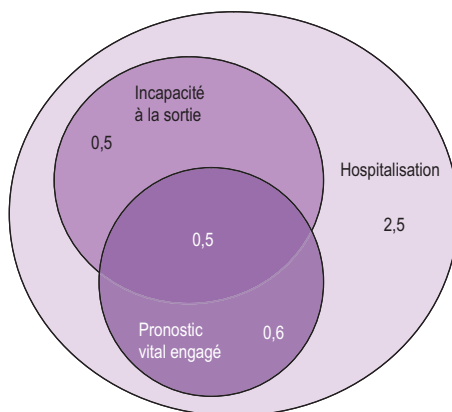
Enfin, les résultats de l'étude menée en 2007 par les centres régionaux de pharmacovigilance sur un échantillon représentatif des services de spécialités médicales (court séjour) tirés au sort dans l'ensemble des CHU et CH ont permis d'estimer à 3,6 %, la proportion des hospitalisations dues à des effets indésirables de médicaments (résultat ENEIS 2009 sur cet échantillon : 4,1 %). Ces résultats sont proches de la précédente étude conduite en 1998 (Matinée de presse de l'Affsaps, 25 septembre 2008).

GRAPHIQUES 4 ET 4 BIS • Conséquences des EIG

EIG pendant l'hospitalisations (densité d'incidence* en %)



EIG causes d'hospitalisation (en %)



* Voir note 2, page 12

Champ • Établissements de santé publics et privés de France métropolitaine ayant des capacités d'hospitalisation complète en médecine ou en chirurgie.

Sources • Enquête ENEIS 2009, DREES, exploitation CCECQA.

outre, ces EIG peuvent aussi mettre en jeu le pronostic vital ou engendrer une incapacité ou un handicap. Ainsi, si 4,5 % des admissions sont causées par un EIG, seules 2,5 % n'ont d'autre conséquence que l'hospitalisation (voir graphique 4bis).

En revanche, l'enquête ne permet pas d'estimer au niveau national le nombre de décès associés à un EIG, compte tenu de leur très faible occurrence. C'est pourquoi ceux-ci ne sont pas représentés dans les graphiques 4.

La survenue d'EIG concerne surtout les patients âgés et fragiles et est souvent liée à une insuffisance de communication ou de supervision

Parmi les EIG survenus pendant l'hospitalisation, plus de 80 % sont associés à la fragilité du patient (l'âge, une maladie grave, l'existence de comorbidités, l'état général altéré) et un cinquième des cas à son comportement (non-compliance, refus de soins). Fragilité et comportement du patient favorisent encore plus la survenue d'EIG évitables. Ces résultats montrent que nous ne sommes évidemment pas tous égaux face au risque et que certaines populations ou certaines spécialités (gériatrie, réanimation) doivent faire l'objet d'une surveillance et d'une vigilance particulières.

La plupart des EIG adviennent à la suite de soins non appropriés, mais aussi en raison de retards ou d'erreurs lors de la délivrance des soins. Les EIG surviennent le plus souvent à l'occasion des soins réalisés dans le ser-

vise d'hospitalisation mais aussi pendant ou immédiatement après une procédure (acte) ou en soins intensifs. Ils sont le plus souvent associés à un acte thérapeutique et les erreurs surviennent plus souvent pendant la réalisation d'un acte qu'au moment de son indication ou du fait de son délai de mise en œuvre. Il est difficile de hiérarchiser les causes profondes de survenue des EIG car elles sont très partagées : défaillances humaines des professionnels, insuffisante supervision des collaborateurs ou manque de communication entre professionnels sont fréquemment cités. Là encore, ces résultats suggèrent des pistes d'action, notamment en ce qui concerne l'organisation des ressources humaines, le management des équipes et le développement de méthodes de travail spécifiques.

Conclusion

Les résultats de l'enquête ENEIS 2009 sont stables par rapport à la première édition réalisée en 2004. Ce résultat peut paraître décevant de prime abord. Pourtant, compte tenu de la modification de la structure d'âge des patients hospitalisés, de la complexité technique des actes et des prises en charge et des modifications des conditions de travail, avérées sur la période étudiée, une partie des experts s'attendait en fait à une hausse de la fréquence des EIG entre 2004 et 2009. Cette stabilité des résultats ne doit par ailleurs pas masquer les progrès réalisés ces dernières années dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales ou en anesthésie-réanimation par exemple.

L'étude ENEIS met en évidence des populations de patients (personnes âgées, fragiles) et des spécialités pour lesquelles l'incidence des événements indésirables, en particulier évitables, est plus élevée. Elle permet de dégager des cibles et des pistes d'actions prioritaires, notamment l'amélioration de la prise en compte des problématiques des personnes fragiles et tout spécialement des personnes âgées. Par ailleurs, les EIG sont souvent des complications connues de la prise en charge. Pour cette raison, les événements ne sont pas toujours identifiés par les professionnels de terrain comme des événements indésirables évitables. Là en-

core, la culture de la sécurité du patient doit continuer d'être développée.

Enfin, après avoir majoritairement investi dans le champ du préventif, les programmes de gestion des risques associés aux soins doivent à présent mettre aussi l'accent sur la récupération des événements indésirables. En effet, le risque zéro n'existe pas et il convient de travailler à minimiser les conséquences des EIG : actuellement, les EIG ayant pour seule conséquence une hospitalisation ou une prolongation d'hospitalisation de quelques jours ne représentent qu'un peu plus de la moitié des EIG. ■

Bibliographie

- Aranaz-Andrés J.-M., Aibar-Remón C., Vitaller-Murillo J., Ruiz-López P., Limón-Ramírez R., Terol-García E. and the ENEAS work group, 2008, "Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events", *Journal of Epidemiology and Community Health*; n° 62, p.1022-1029.
- Brennan T.A., Localio A.R., Leape L.L., Laird N.M., Peterson L., Hiatt H.H. et al., 1990, "Identification of adverse events occurring during hospitalization", *Annals of Internal Medicine*, n° 112, p. 221-226.
- California Medical Association, 1977, Report of the Medical Insurance Feasibility Study, California Medical Association.
- Michel P., Minodier C., Lathelize M., Moty-Monnereau C., Domecq S., Chaleix M., Izotte-Kret M., Bru-Sonnet R., Quenon J.-L., Olier L., 2010, « Les événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2004 et 2009 », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n° 17.
- Michel P., Minodier C., Moty-Monnereau C., Lathelize M., Domecq S., Chaleix M., Kret M., Roberts T., Nitaro L., Bru-Sonnet R., Quintard B., Quenon J.-L., Olier L., 2011, « Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité », *DREES, Études et Résultats*, n° 761, mai.
- Michel P., Lathelize M., Bru-Sonnet R., Domecq S., Kret M., Quenon J.-L., 2011, « Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins – Description des résultats 2009 : rapport final », *DREES, Document de travail, série Études et Recherche*, n° 110, septembre.
- Michel P., Lathelize M., Quenon J.-L., Bru-Sonnet R., Domecq S., Kret M., 2011, « Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins – Rapport final, Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009 », *DREES, Document de travail, série Études et Recherche*, n° 109, septembre.
- Michel P., Quintard B., Quenon J.-L., Roberts T., Nitaro L., Kret M., 2011, « Acceptabilité des principaux types d'événements indésirables graves associés aux soins en population générale et chez les médecins », *DREES, Document de travail, série Études et Recherche*, n° 108, septembre.
- Michel P., Amalberti R., Runciman W.B., Sherman H., Lewalle P., Larizgoitia I., 2010, « Concepts et définitions en sécurité des patients : la classification internationale pour la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la santé », *Risques et Qualité*, n° 7, p. 133-143.
- Schioler T., Lipczak H., Pedersen B.L., Mogensen T.S., Bech K.B., Stockmarr A. et al., 2001, "Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records". *Ugeskr Laeger*, n° 163(39), p. 5370-5378.
- Wilson R.M., Runciman W.B., Gibberd R.W., Harrison B.T., Newby L., Hamilton J.D., 1995, "The quality in Australian Health-Care Study", *Medical Journal of Australia*, n° 163, p. 458-471.
- Colloque sur « La sécurité du patient : événements indésirables associés aux soins et politique de réduction des risques » du 24 novembre 2010 (vidéos et actes du colloque en ligne <http://www.sante.gouv.fr/colloque-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-du-24-novembre-2010.html>).

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient toutes les institutions et les professionnels ayant permis la réalisation de l'enquête ENEIS. Sont spécialement remerciés les 81 établissements et les 251 équipes de soins ayant accepté de participer, les 28 enquêteurs infirmiers et les 29 enquêteurs médecins, les structures ayant coordonné localement le recueil, notamment les structures régionales d'évaluation de la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations de santé (FORAP), ainsi que les experts ayant participé à la relecture des cas difficiles.

Sont également remerciés les membres du comité scientifique ENEIS : Lucile Olier, Céline Moty-Monnereau, Christelle Minodier, Mylène Chaleix (DREES), Brigitte Hauray (DREES puis secrétariat général du HCSP), Michèle Perrin, Valérie Salomon (DGOS), Chantal Dumont, Jean-Luc Termignon (DGS), Frédérique Pothier (HAS), Corinne Le Goaster, Céline Caserio-Schönemann (InVS), Anne Castot et Sylvie Lerebours (Afssaps).

La construction des politiques de lutte contre les événements indésirables graves en France

Albane EXERTIER et Christelle MINODIER (DREES)

D'après le rapport d'étude d'Alexandra NACU, chercheur associé, Centre de sociologie des organisations (CNRS – Sciences-Po).

Travail réalisé dans le cadre du projet Evol-Eneis, coordonné par le CCECQA et financé par la DREES, sous la direction scientifique de Daniel BENAMOUZIG, Centre de sociologie des organisations (CNRS – Sciences-Po).

To err is human, un rapport majeur pour le développement de la notion d'événement indésirable grave (EIG)

La notion contemporaine d'EIG a été diffusée relativement récemment en France par un groupe restreint d'experts proches de l'administration centrale de la santé. Elle correspond au transfert conceptuel d'une approche des risques apparue d'abord dans les pays anglo-saxons, tout particulièrement aux États-Unis. Le rapport « *To err is human. Building a safer health system* » (Kohn *et al.* 1999) publié par l'Institute of Medicine américain a joué un rôle moteur dans la définition et la diffusion de la notion d'EIG (nommé *adverse event* dans ce rapport) dans le champ des politiques hospitalières à travers le monde. Il fut répliqué en Grande-Bretagne, puis dans d'autres pays industrialisés comme le Canada. Des institutions internationales comme l'OCDE (Millar *et al.*, 2004) ou l'Union européenne à travers la DG SanCo (Simpatie, 2007) entreprennent pendant la décennie 2000 un travail de diffusion et d'unification de ce cadre conceptuel, à travers la construction d'indicateurs communs de sécurité du patient.

Ces préoccupations rencontrent dans les années qui suivent un écho auprès de l'Académie nationale de médecine qui, dans un rapport de 2006, souligne la nécessité de passer « de l'erreur voilée à l'erreur dévoilante » (David et Sureau, 2006) et organise des séminaires de réflexion autour de la question.

Cette diffusion progressive de la notion d'EIG dans le milieu de la recherche et de l'administration sanitaire s'est accompagnée de la création d'institutions chargées de l'évaluation du risque sanitaire, comme la Haute Autorité de santé (HAS) par exemple. Cette création participe à la diffusion de la notion d'EIG à travers la mise en place d'un ensemble de recommandations et de dispositifs que les nouvelles institutions se voient attribuer en partage.

Une diffusion progressive dans les textes normatifs

C'est en 2002 que la notion d'EIG est consacrée dans les textes normatifs en France. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 inscrit en effet dans le code de santé publique le principe de l'information des malades ayant subi tout événement indésirable ou de leurs proches en cas de décès et pose le principe de la « déclaration des événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention autres que les infections nosocomiales ». La loi introduit donc une distinction entre deux types d'événements (« EIG » et « infections nosocomiales »), ce qui est explicable par le fait qu'un dispositif de déclaration des infections nosocomiales existait déjà¹. Cette obligation a été traduite par l'article L1413-14 du code de santé publique.

Ensuite, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique met en place le principe de la déclaration obligatoire des EIG et pose les bases de l'expérimentation préalable de cette déclaration, dont la coordination est confiée à l'Institut de veille sanitaire (InVS) pour une durée maximale de trois ans (art. 117). Les modalités de l'expérimentation furent précisées par l'arrêté du 25 avril 2006 relatif aux modalités de l'expérimentation de déclaration des événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention autres que les infections nosocomiales. Le recueil des déclarations commença en 2009.

La loi stipule également la création d'un observatoire des risques médicaux. Quelques jours après, le 13 août 2004, la loi relative à l'assurance maladie met en place la HAS et lui confie notamment la mission d'accréditation des médecins dans les spécialités à risque avec la déclaration des événements porteurs de risque (EPR) (Article L1414-3-3-du CSP, décret du 21 juillet 2006 modifié relatif aux modalités de mise en œuvre de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des

1. Décret n° 20 01-671 du 26 juillet 2001.

équipes médicales exerçant en établissement de santé). Ces deux derniers textes législatifs sont d'importance pour les politiques ciblant les EIG, puisqu'ils mettent en place presque de manière simultanée deux dispositifs indépendants : l'expérimentation de la déclaration obligatoire des EIG et l'accréditation des médecins dans les spécialités à risque. Ces dispositifs relèvent chacun de processus distincts : le premier, dont l'initiative appartient aux pouvoirs publics, est le prolongement des textes législatifs cités précédemment. Le deuxième est adopté à la suite de demandes des médecins libéraux appartenant à certaines spécialités, préoccupés par la hausse de leurs primes d'assurance.

Un besoin croissant de données chiffrées

Suite à la diffusion d'études anglo-saxonnes, un besoin de données sur les EIG en France se fait ressentir, notamment dans un contexte où la décision publique s'oriente vers un recours aux indicateurs, à la diffusion de « bonnes pratiques ». Dans cet esprit, la loi du 9 août 2004 avait mis en place des objectifs chiffrés de réduction des « événements iatrogènes ». L'annexe de la loi définit ces derniers comme l'« ensemble des événements indésirables consécutifs à l'action médicale : accidents médicaux, événements indésirables secondaires à l'usage de médicaments ou de dispositifs médicaux, infections nosocomiales, etc. ». Les données existantes jusqu'alors étaient sectorielles : enquêtes de pharmacovigilance, enquêtes nationales sur les infections nosocomiales, ou études par spécialités médicales sur la iatrogénie (comme la série d'études en anesthésie menées par la Société française d'anesthésie et de réanimation [SFAR] et l'INSERM). La première enquête ENEIS, commanditée par le ministère à la DREES et confiée au CCECQA, répond à ce besoin de données. Les résultats portant sur l'année 2004 sont rendus publics en 2005. Elle est rapidement utilisée comme base argumentaire par les professionnels qui s'intéressent à la gestion du risque, connaissant une diffusion rapide dans ce milieu spécifique.

Principaux textes législatifs et réglementaires portant sur les EIG

- Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique : mise en place d'une procédure de signalement des infections nosocomiales et d'un recueil des informations les concernant.

- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privé : certification.

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et son article 23, traduit à l'article L1413-14 du code de la santé publique : introduction du terme EIG dans les textes normatifs.

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique :

- Article 117 : mise en place du principe de la déclaration obligatoire des EIG et définition de l'expérimentation préalable de cette déclaration.

- Mise en place d'objectifs chiffrés de réduction des « événements iatrogènes » (pour la définition de ces derniers, voir ci-dessus).

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et son article 15 : création d'un observatoire des risques médicaux.

- Arrêté du 25 avril 2006 relatif aux modalités de l'expérimentation de déclaration des événements indésirables graves liés à des soins (confiée à l'InVS) : définition des modalités de l'expérimentation de la déclaration des EIG.

- Décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissement de santé :

- Accréditation et événement porteur de risque (EPR) ;
- Liste des spécialités considérées « à risque ».

Dispositifs/outils de lutte contre les EIG

Certification

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée introduit la certification au sein du système de santé français.

La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle. Mise en œuvre par la HAS, la procédure de certification s'effectue tous les quatre ans. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins d'un établissement de santé.

Expérimentation d'un dispositif de déclaration des événements indésirables graves liés aux soins

Dans le cadre de la loi du 9 août 2004, afin que soit élaboré, mis en œuvre puis évalué un dispositif national de

déclaration des EIG, le législateur a confié à l'InVS la réalisation d'une expérimentation préalable. Entre les mois de janvier 2010 et juin 2011, 82 établissements de santé et médico-sociaux volontaires au sein de quatre régions pilotes, particulièrement engagées dans la démarche de gestion des risques, ont participé à l'expérimentation.

Accréditation et événements porteurs de risques (EPR)

L'accréditation des médecins est une démarche de gestion des risques médicaux nationale, volontaire, organisée par spécialité. Elle concerne tous les médecins exerçant une spécialité ou une activité médicale « à risque » en établissement de santé et dont l'objectif est de prévenir ou limiter les conséquences des événements indésirables médicaux. Les spécialités sont listées dans le décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006. Pour les établissements de santé, l'accréditation des médecins permet de répondre à certains critères de la procédure de certification.

Les médecins s'engagent dans la procédure d'accréditation obligatoirement par l'intermédiaire de l'organisme opérateur pour leur spécialité, agréé par la HAS. Cet organisme fédérateur, agréé pour l'accréditation, existe dans presque toutes les spécialités concernées. Chacun d'eux définit la stratégie nationale de gestion des risques valable pour la spécialité tout entière dans toutes ses composantes, traduite par un programme de réduction des risques. Ces programmes comprennent les exigences applicables aux médecins de la spécialité et comportent :

- le nombre d'événements porteurs de risque (EPR) ciblés et non ciblés à déclarer annuellement, ainsi que leur description ;
- les recommandations de la spécialité à mettre en œuvre ;
- les activités d'accompagnement et de surveillance des risques de la spécialité à réaliser.

Revue de mortalité et de morbidité (RMM)

La revue de mortalité et de morbidité a pour finalité l'amélioration continue de la qualité des soins et leur sécurisa-

tion. Il s'agit d'une analyse collective, rétrospective, globale et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient. Cette démarche présente un intérêt pédagogique puisqu'elle favorise l'accroissement des connaissances grâce au retour d'expérience réalisé. Elle a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

Check-list du bloc opératoire

Initialement développée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la check-list a été promue par la HAS. Les objectifs de cet outil sont :

- d'améliorer la sécurité au bloc opératoire et réduire les erreurs chirurgicales en intégrant dans les pratiques quotidiennes des équipes chirurgicales, la vérification croisée de différents points critiques de sécurité ;
- de renforcer, d'améliorer la communication et le partage des informations au sein des équipes travaillant au bloc opératoire.

Depuis janvier 2010, la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est devenue exigible en France à travers la procédure de certification des établissements de santé.

Dans sa version diffusée, la check-list n'est pas modifiable. Néanmoins, des adaptations sont autorisées en fonction des systèmes d'information et des programmes déjà en œuvre dans les établissements. Elle peut faire l'objet de développements spécifiques complémentaires dans le cadre des collèges professionnels.

Pour en savoir plus sur la certification, l'accréditation, la check-list et la RMM, voir le site de la HAS (<http://www.has-sante.fr>), espace « Professionnels de santé ». Pour plus de détails sur l'expérimentation, voir le site du ministère de la Santé (<http://www.sante.gouv.fr>), espace « Santé, dossiers ».

Références

- Kohn L., Corrigan J., Donaldson M., 1999, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine, Washington D.C.
- Millar J, Mattke S. and the members of the OECD patient safety panel, 2004, *Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries*. <http://www.oecd.org/dataoecd/53/26/33878001.pdf>, dernier accès : 20 août 2010.
- Simpatie, 2007, *Safety Improvement for Patients in Europe final report feb 2005 - feb 2007*, <http://www.simpatie.org/Main/ff1196084509>, dernier accès : 30 août 2010.
- Sureau C., Lecourt D., David G., 2006, *L'Erreur médicale*, Paris : PUF.

Quelle acceptabilité des événements indésirables graves dans la population et chez les médecins ?

Albane EXERTIER et Christelle MINODIER (DREES)

D'après les rapports d'étude de Philippe MICHEL¹, Bruno QUINTARD², Marion KRET¹, Tamara ROBERTS³, Léa NITARO², Jean-Luc QUENON¹

1 - Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA)

2 - Université Victor Segalen Bordeaux 2, laboratoire de psychologie EA 4139 « Santé et qualité de vie »

3 - Université Victor Segalen Bordeaux 2, laboratoire EA 495 « Analyse des problèmes sociaux et de l'action collective (LAPSAC) »

L'acceptabilité sociale des risques liés aux soins est mal connue et n'avait jamais été mesurée, alors même qu'elle est susceptible d'influencer fortement les politiques de sécurité des patients et le choix des priorités. C'est pourquoi, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la Haute Autorité de santé (HAS) ont financé, dans le cadre d'un appel à projet de l'Institut de recherche en santé publique (IRESP), une enquête statistique originale sur la mesure de l'acceptabilité des risques liés aux soins, dite enquête MALIS, réalisée par le CCECQA. Pour la première fois, l'acceptation, la tolérance et la perception des principaux risques liés aux soins ont été mesurés auprès de la population générale, d'une part, et des médecins hospitaliers et non hospitaliers, d'autre part. L'enquête repose sur des scénarios présentant des situations d'événements indésirables graves (EIG), soumis aux personnes interrogées.

L'acceptabilité des événements indésirables graves par la population apparaît globalement très faible, quelles que soient la gravité et les conséquences des EIG : onze situations cliniques sur les seize testées ont été considérées comme non acceptables par plus de la moitié des répondants. Les trois scénarios liés à des infections ont été jugés particulièrement inacceptables. Un EIG était jugé d'autant plus inacceptable qu'il était perçu comme évitable.

La tolérance du milieu médical aux événements indésirables graves apparaît un peu plus élevée que celle de la population générale, particulièrement pour les hospitaliers. Il existe toutefois un parallélisme des classements des EIG par niveau d'acceptabilité entre la population et les médecins. Si l'on considère que la meilleure acceptation par les médecins peut être le fait de leur meilleure connaissance des risques, des circonstances dans lesquelles peuvent survenir les EIG et des capacités d'atténuation ou de récupération des conséquences cliniques, le parallélisme de classement pourrait être considéré comme une preuve de bonne compréhension des EIG et donc de maturité de la population générale dans son approche des risques associés aux soins.

Cette étude permet de nourrir la réflexion sur les axes d'information à retenir en priorité s'agissant des professionnels de santé d'une part (en ce qui concerne le lien fait entre inacceptabilité et évitabilité) et de la population d'autre part (le risque zéro n'existe pas).

Ces dernières années, les crises sanitaires et la médiatisation croissante des « accidents médicaux » ont largement sensibilisé la population et les professionnels de santé aux événements indésirables graves. Les pouvoirs publics ont intensifié les dispositifs de lutte contre les risques à travers de nouvelles dispositions réglementaires ou des plans d'action spécifiques comme le Plan de lutte contre les infections associées aux soins ou le dispositif de certification des établissements. L'attention des professionnels de santé et des pouvoirs publics, initialement focalisée sur le risque médicamenteux et les infections nosocomiales, s'est étendue progressivement à l'ensemble des risques engendrés par les activités de soins. Des dispositifs statistiques originaux, comme les enquêtes ENEIS (Enquêtes sur les événements indésirables graves liés aux soins) de 2004 et 2009 réalisées

par la DREES, ont par ailleurs permis de mieux quantifier l'incidence de l'ensemble de ces événements.

Même si les risques associés aux soins sont de mieux en mieux connus, mesurés et maîtrisés, ils sont toutefois vécus par les patients comme étant de moins en moins acceptables. Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) a d'ailleurs noté ces dernières années dans ses rapports successifs un effritement de la confiance des usagers envers le système de soins.

L'acceptabilité sociale des risques liés aux soins n'avait toutefois encore jamais été mesurée, alors même qu'elle est susceptible d'influencer les politiques de sécurité des patients et le choix des priorités. Elle est d'ailleurs encore mal définie et ses déterminants ne font pas l'objet d'un consensus scientifique.

ENCADRÉ 1 • Méthode

L'objet de l'étude MALIS était de mieux connaître le degré d'acceptabilité des principaux risques associés aux soins en population générale, d'une part, et chez les médecins non hospitaliers et hospitaliers, d'autre part. Compte tenu de la nouveauté du concept, ce travail a comporté deux phases : une phase de construction d'un modèle conceptuel de l'acceptabilité des EIG, puis une phase d'enquête.

Le modèle conceptuel repose sur l'idée que l'acceptabilité du risque se mesure à l'aide de plusieurs types de variables (celles liées aux caractéristiques du contexte, celles associées aux dispositions personnelles de l'individu et celles relatives aux diverses relations que la personne établit avec son environnement) qu'il convient de définir. Des variables de chacun de ces types ont ensuite été intégrées dans le questionnaire d'enquête. Dans cet article, seuls les résultats de la phase d'enquête sont détaillés.

Échantillonnage

En population générale, la population de référence était l'ensemble des personnes adultes, âgées de 18 à 80 ans, résidant en France métropolitaine, quelle que soit leur nationalité, et ayant une bonne maîtrise de la langue française. La méthode des quotas a été utilisée afin de constituer un échantillon représentatif de 1 000 personnes au sein de la population de référence. Les variables de contrôle étaient la région de résidence, la catégorie d'agglomération, le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle du chef de famille et le dernier diplôme obtenu par l'interviewé.

Pour les médecins dits « hospitaliers », la population source était l'ensemble des médecins généralistes ou spécialistes exerçant au moins à temps partiel dans un établissement de santé public ou privé de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) en France métropolitaine. Pour les médecins dits « non hospitaliers », la population source était l'ensemble des médecins généralistes ou spécialistes exerçant exclusivement en cabinet libéral en France métropolitaine. Les médecins non hospitaliers ayant une activité dans un hôpital ou une clinique ont été considérés comme médecins hospitaliers.

Pour ces populations, un échantillon représentatif de 400 médecins, 200 médecins hospitaliers et 200 non hospitaliers, a été réalisé par tirage aléatoire dans la base CEGEDIM¹.

Protocole d'enquête

Un questionnaire, constitué de variables caractérisant le répondant et de trois scénarios présentant des situations fréquentes d'événements indésirables graves pour lesquelles les enquêtés devaient apprécier les facteurs influençant l'acceptabilité des risques, a été posé aux trois sous-échantillons (population générale, médecins avec un exercice hospitalier et médecins libéraux [de ville]) en face-à-face. Les trois scénarios présentés ont à chaque fois été tirés de manière aléatoire parmi seize scénarios définis par l'équipe de recherche ; certains scénarios ont donc été présentés légèrement plus souvent que d'autres. Cette différence était toutefois non significative et n'influe pas sur les résultats.

1. La société CEGEDIM recense l'ensemble des médecins exerçant en France.

C'est pourquoi, la DREES et la HAS ont financé, dans le cadre d'un appel à projet de l'IRESP, une enquête statistique originale sur la mesure de l'acceptabilité des risques liés aux soins, dite enquête MALIS (Mesure de l'acceptabilité des risques liés aux soins), qui a été réalisée par le CCECQA (voir encadré 1). Elle a permis de mesurer pour la première fois, l'acceptation, la tolérance et la perception des principaux risques liés aux soins auprès de la population générale d'une part et des médecins hospitaliers et non hospitaliers d'autre part. L'enquête repose sur des scénarios présentant des situations d'événements indésirables graves, soumis aux personnes interrogées (voir encadré 2).

Des niveaux d'acceptabilité des EIG variables en population générale et chez les médecins

Le concept d'acceptabilité du risque, dont la définition et les déterminants ne font pas actuellement l'objet d'un consensus, fait appel à la perception, par les différents acteurs, des risques eux-mêmes mais également à leur perception des activités de soins et de la politique de gestion des risques. L'acceptabilité du risque varie selon différents paramètres sociaux : la nature du risque, les caractéristiques de la communauté qui perçoit le risque, le contexte temporel, politique et scientifique de la société considérée. Elle évolue selon les valeurs, les croyances, les connaissances scientifiques, la législation et les mentalités, et est très liée aux champs de la gouvernance des soins et de la démocratie sanitaire.

Le principal objectif de MALIS était d'essayer de mesurer, pour la première fois, le niveau d'acceptabilité en population générale et auprès des médecins hospitaliers et non hospitaliers (voir encadré 1). Chaque individu enquêté devait réagir et se prononcer quant à l'acceptabilité de situations cliniques d'événements indésirables graves (EIG) types liés à des problèmes péri-opératoires, infectieux, ou encore associés aux produits de santé (voir encadré 2).

Le niveau d'acceptabilité a été mesuré de deux manières différentes dans l'étude. La première, appelée « acceptabilité absolue », était évaluée à l'aide d'une échelle numérique, de zéro (pas du tout acceptable), à dix (tout à fait acceptable). Cette échelle permettait de mesurer, pour chacun des trois scénarios présentés, la perception du caractère acceptable de la situation clinique décrite, indépendamment de la réponse aux autres scénarios. La seconde était appelée « acceptabilité relative » : à la fin de l'entretien, la personne interrogée

classait les trois scénarios proposés relativement les uns aux autres en affectant la valeur 1 au plus inacceptable et 3 au plus acceptable. Cette acceptabilité relative n'est pas traitée dans cet article.

Les réponses relatives à l'acceptabilité absolue ont été regroupées en quatre classes : 0 inacceptable (classe 1), 1-3 faiblement acceptable (classe 2), 4-5 moyennement acceptable (classe 3), 6-10 très acceptable (classe 4). La non-acceptabilité est définie comme le regroupement des classes 1 et 2 (inacceptable et faiblement acceptable). L'acceptabilité d'un scénario est quant à elle évaluée au regard de la proportion de personnes appartenant à la classe 4 (très acceptable). Si cette proportion est supérieure à 50 %, le scénario peut être considéré comme acceptable dans l'ensemble.

Une acceptabilité très faible par la population, quelles que soient la gravité et les conséquences des EIG

Sur l'ensemble des scénarios présentés en population générale, la répartition des réponses sur l'échelle numérique de 1 à 10 apparaît très décalée à gauche (voir graphique 1). La note zéro (inacceptable) est fortement représentée (quasiment un tiers des réponses). Le maximum de 10 (acceptable) est cité dans moins de 3 % des cas (une petite centaine de réponses sur 3 000 scénarios étudiés). Certains scénarios ont donc quand même été, à de rares occasions, considérés comme très acceptables. La note médiane se situe à 3 (faiblement acceptable), le premier quartile à 0 et le troisième à 5

Scénario par scénario, la proportion de personnes trouvant le scénario non acceptable varie entre 33 % pour la crise d'épilepsie et 87 % pour la ré-intervention tardive pour un cancer du pancréas (voir graphique 2). Ces proportions sont significativement différentes entre les scénarios. Aucun scénario n'apparaît comme acceptable puisqu'au maximum un tiers des personnes interrogées trouvent le scénario acceptable (paralysie faciale, épilepsie).

Parmi l'ensemble des caractéristiques décrivant les situations cliniques (lieu de survenue, acte invasif, médecine/chirurgie, fréquence de l'exposition, fréquence de l'EIG, gravité, évitabilité, existence d'une politique locale de prévention, information reçue sur les risques, âge des patients, etc. – voir annexe), le caractère évitable de l'EIG est la seule variable associée de manière significative à une faible acceptabilité par le public.

ENCADRÉ 2 • Les scénarios

Seize scénarios relatifs à divers événements indésirables graves issus notamment de l'enquête ENEIS ont été construits par l'équipe de recherche. Le choix des seize EIG était fondé sur la typologie des EIG réalisée sur la base de données ENEIS 2004, qui distinguait huit grandes catégories (Quenon *et al.*, 2006).

Liste des scénarios (voir annexe pour les caractéristiques détaillées)

- Fécalome (constipation avancée)
- Fracture sacrée (chute et fracture du bassin)
- Crise d'épilepsie
- Déplacement de fracture
- Déshydratation
- Escarres
- Globe vésical (rétention d'urine aiguë)
- Infection du site opératoire ISO
- Infection de valve
- Infection de cathéter
- Luxation du cristallin
- Hypoglycémie
- Paralyse faciale
- Hémiplégie
- Ré-intervention tardive
- Somnolence

Ces scénarios étaient présentés sous la forme de vignettes cliniques rédigées dans un style télégraphique. Ils présentaient l'information de manière structurée : le patient, la survenue de l'événement, l'événement, les conséquences de cet événement, les informations sur les risques et l'organisation des soins.

Exemple de scénario (forme rédactionnelle adaptée à l'enquête en population générale)¹

Le patient :

- Homme âgé de 30 ans.
- Aucun antécédent médical.
- Apparition progressive de douleurs au niveau du ventre, accompagnées d'une masse à la palpation et d'une grande fatigue.

Survenue de l'événement :

- Un cancer du pancréas est suspecté sur un scanner.
- Le chirurgien préconise un traitement chirurgical rapide compte tenu du bon état général du patient. Il informe le patient des risques liés à cette chirurgie.
- Conformément à la procédure habituelle, une petite partie du pancréas est retiré et examiné en temps réel dans le service d'anatomo-pathologie pour confirmer ou infirmer le diagnostic de cancer. Le chirurgien, dans la salle d'opération, reçoit par téléphone le résultat : il ne s'agit pas d'un cancer. Il procède donc à la fin de l'intervention sans enlever le pancréas.
- Le soir même, le secrétariat du service d'hospitalisation reçoit par écrit le résultat : ce document indique, contrairement à l'appel téléphonique du matin, l'existence d'un cancer. Ce document est classé, sans relecture. Le chirurgien n'est pas alerté.
- Lors de la rédaction du courrier de sortie après la sortie du patient, le chirurgien découvre la feuille de résultat.
- Il convoque le patient pour une seconde intervention.

L'événement :

- Ré-intervention tardive pour un cancer du pancréas.

Conséquences de cet événement :

- Deuxième intervention chirurgicale nécessaire deux mois après la première, qui correspond au délai habituel pour programmer ce type d'intervention dans l'établissement.

Informations sur les risques liés au traitement médicamenteux :

- Risque d'aggravation du pronostic puisque le traitement a été retardé.

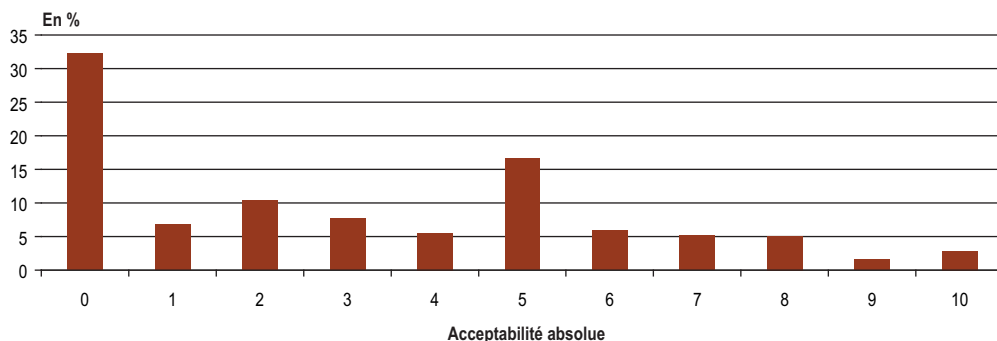
Organisation des soins :

- Il y a eu erreur de transcription des résultats le matin, au moment de l'appel téléphonique.
- Il n'y avait pas de protocole de retranscription des résultats dans le service d'anatomo-pathologie.

La transmission des résultats entre les deux services est téléphonique pour gagner du temps car le patient est endormi en salle d'opération. La transmission orale nécessite un contrôle et une vérification précise des informations.

1. Une version similaire utilisant les termes médicaux a été rédigée pour l'enquête auprès des médecins.

GRAPHIQUE 1 • Répartition des mesures de l'acceptabilité absolue pour l'ensemble des scénarios par la population générale

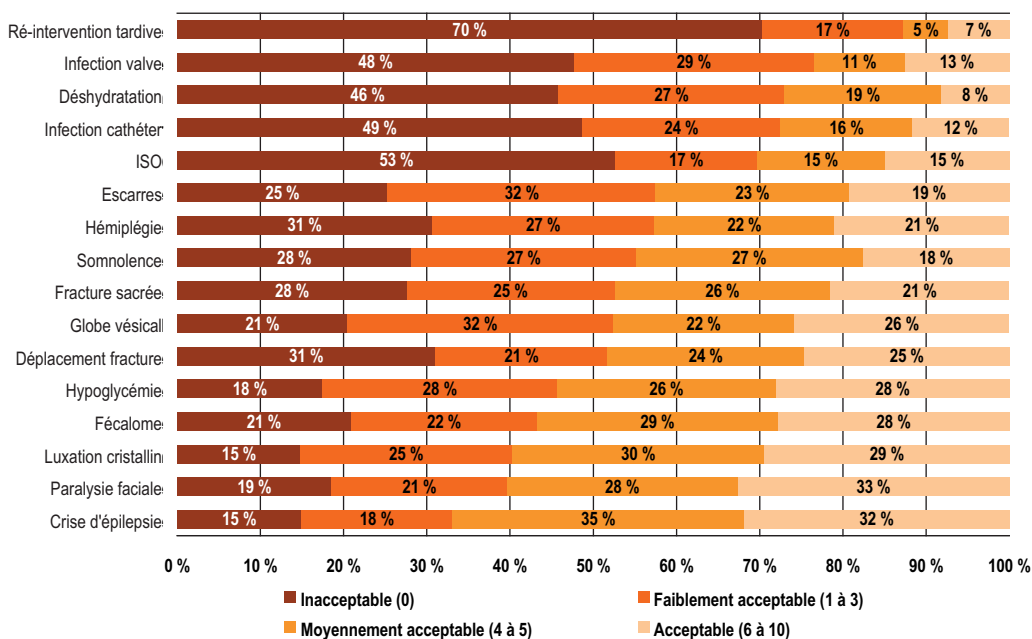


Lecture • Sur l'ensemble des scénarios présentés en population générale, la note 0 (inacceptable) représente un tiers des réponses.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquête MALIS, CCECQA, DREES, HAS.

GRAPHIQUE 2 • Répartition de l'acceptabilité absolue (selon les 4 classes) par scénario pour la population générale



Champ • France métropolitaine.

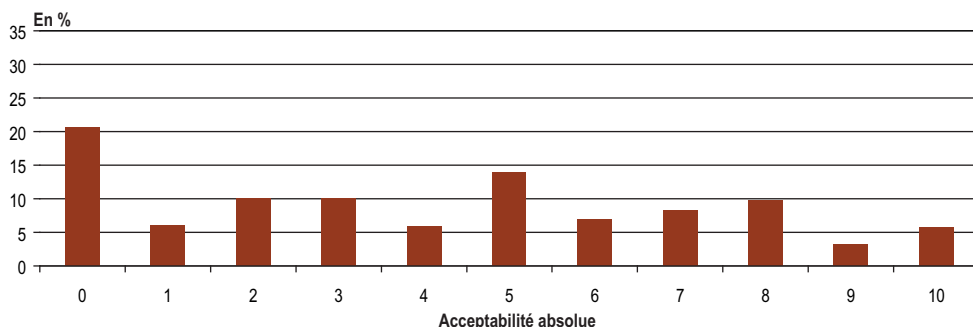
Sources • Enquête MALIS, CCECQA, DREES, HAS.

Des différences d'appréciation de l'acceptabilité entre les médecins hospitaliers et non hospitaliers

Les répartitions des mesures de l'acceptabilité pour les médecins hospitaliers et non hospitaliers sont présentées respectivement dans les graphiques 3 et 4. Là encore, la note 0 (inacceptable) est nettement représentée mais toutefois moins fréquente qu'en population générale.

Elle a en effet été citée dans 1 cas sur 5 chez les médecins hospitaliers et dans 1 cas sur 4 chez les médecins de ville, contre 1 cas sur 3 en population générale. La valeur 5 (ni acceptable ni inacceptable) est également souvent citée comme c'est le cas en population générale. Les répartitions apparaissent moins décalées à gauche et plus plates, suggérant un positionnement des médecins moins tranché et vraisemblablement très variable selon les scénarios.

GRAPHIQUE 3 ● Répartition des mesures de l'acceptabilité absolue chez les médecins hospitaliers

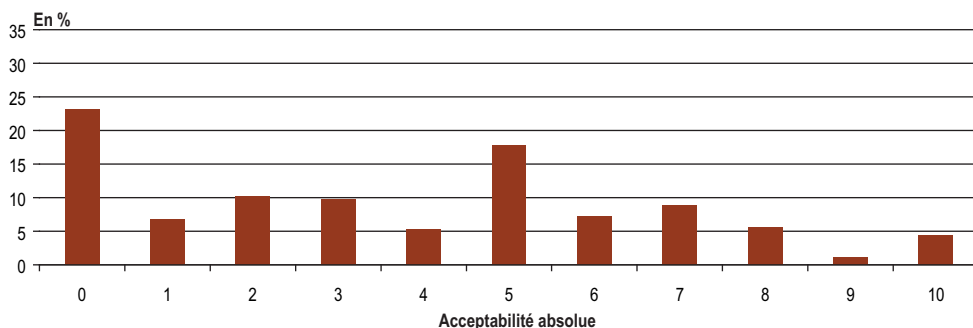


Lecture • Sur l'ensemble des scénarios présentés auprès des médecins hospitaliers, la note 0 (inacceptable) représente 20 % des réponses.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquête MALIS, CCECQA, DREES, HAS.

GRAPHIQUE 4 ● Répartition des mesures de l'acceptabilité absolue chez les médecins non hospitaliers



Lecture • Sur l'ensemble des scénarios présentés auprès des médecins non hospitaliers, la note 0 (inacceptable) représente près de 25 % des réponses.

Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquête MALIS, CCECQA, DREES, HAS.

Par scénario, la proportion de médecins hospitaliers trouvant le scénario non acceptable varie entre 14 % pour la paralysie faciale et 90 % pour la ré-intervention tardive pour un cancer du pancréas (voir graphique 5). Ces proportions sont significativement différentes entre les scénarios.

Pour les médecins non hospitaliers, la proportion de non acceptables varie entre 17 % pour le globe vésical et 82 % pour la ré-intervention tardive (voir graphique 6). Là aussi, les différences entre scénarios sont significatives.

Dans ces deux sous-échantillons, le scénario « ré-intervention tardive » se distingue des autres par une proportion supérieure à 50 % de personnes trouvant le scénario inacceptable.

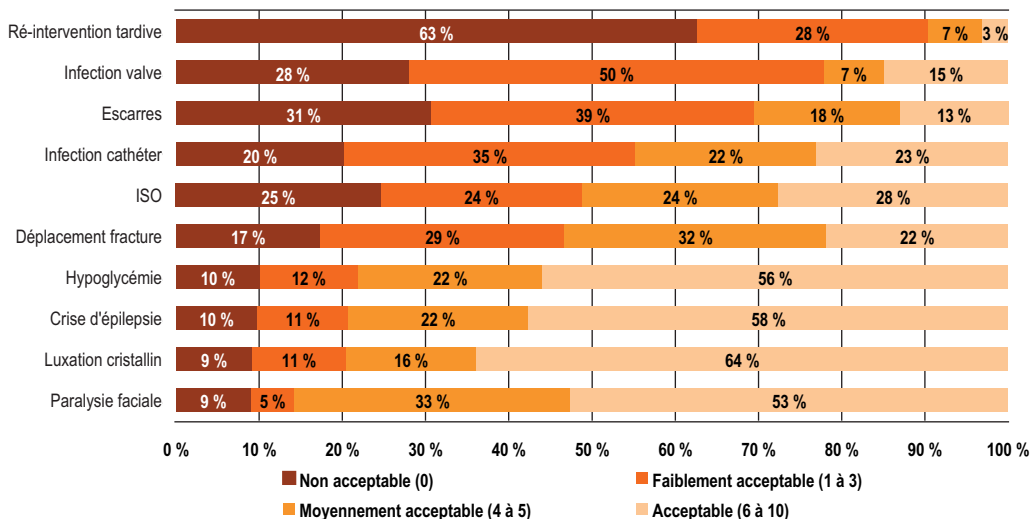
Les graphiques 5 et 6 montrent qu'il existe des différences d'acceptabilité des scénarios auprès des médecins hospitaliers et non hospitaliers. Rares sont les scénarios pour lesquels la proportion de médecins les jugeant « très acceptables » est supérieure à 50 %. Pour

les médecins hospitaliers, ils sont au nombre de quatre : hypoglycémie, crise d'épilepsie, paralysie faciale et luxation du cristallin (avec même une acceptabilité de quasiment deux tiers). Pour les médecins non hospitaliers, aucun scénario n'apparaît acceptable dans l'ensemble.

Une acceptabilité des EIG par les médecins un peu plus élevée que celle décrite par la population générale

La comparaison des niveaux d'acceptabilité par les médecins avec l'acceptabilité par la population générale a été faite à partir de la proportion de personnes trouvant le scénario non acceptable (classes 1 et 2). Les dix scénarios hospitaliers ont été comparés entre population générale et médecins hospitaliers et les huit scénarios de ville entre population générale et médecins non hospitaliers. Ainsi, deux analyses distinctes ont été réalisées.

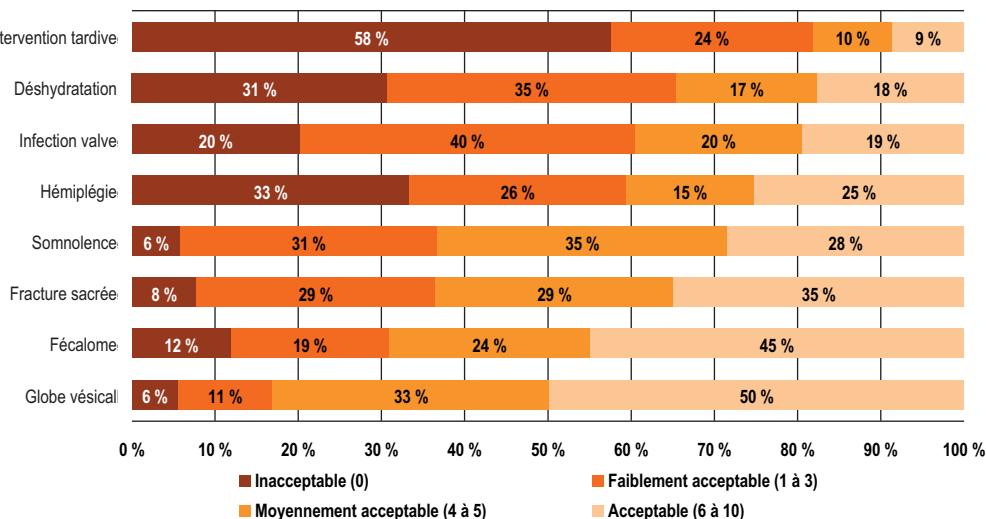
GRAPHIQUE 5 • Répartition de l'acceptabilité absolue (selon les 4 classes) par scénario pour les médecins hospitaliers



Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquête MALIS, CCECQA, DREES, HAS.

GRAPHIQUE 6 • Répartition de l'acceptabilité absolue (selon les 4 classes) par scénario pour les médecins non hospitaliers



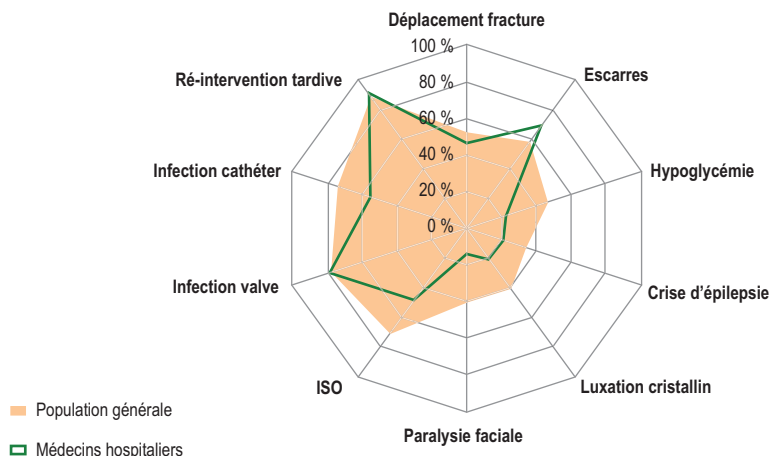
Champ • France métropolitaine.

Sources • Enquête MALIS, CCECQA, DREES, HAS.

Le graphique 7 montre que, d'une part, les différences d'appréciation de l'acceptabilité d'un scénario à l'autre varient entre la population générale et les médecins hospitaliers ; d'autre part, que les médecins acceptent mieux que la population générale une majorité de scénarios. Cette différence est significa-

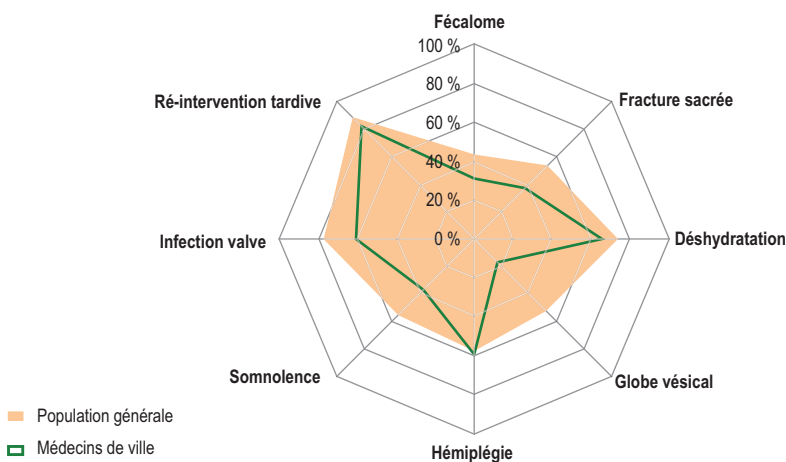
tive pour cinq scénarios : hypoglycémie, luxation cristallin, paralysie faciale, ISO et infection cathéter. Pour les trois scénarios que la population générale accepte mieux que les médecins hospitaliers (escarre, infection valve, ré-intervention tardive), la différence n'est pas significative.

GRAPHIQUE 7 ● Radar de comparaison, population générale - médecins hospitaliers, des proportions de personnes trouvant le scénario non acceptable (sur les scénarios hospitaliers)



Champ • France métropolitaine.
Sources • Enquête MALIS, CCECQA, DREES, HAS.

GRAPHIQUE 8 ● Radar de comparaison, population générale - médecins non hospitaliers, des proportions de personnes trouvant le scénario non acceptable (sur les scénarios non hospitaliers)



Champ • France métropolitaine.
Sources • Enquête MALIS, CCECQA, DREES, HAS.

Le graphique 8 illustre les différences d'appréciation de l'acceptabilité des scénarios entre la population générale et les médecins non hospitaliers. À l'exception du scénario « hémiplégie », où la différence est non significative, l'ensemble des scénarios est mieux accepté par les médecins non hospitaliers que par la population générale. Toutefois, seulement la moitié des différences sont significatives : fracture sacrée, globe vésical, somnolence et infection valve. Les radars population générale

et médecins non hospitaliers sont tout de même assez parallèles. L'acceptabilité vue par les médecins non hospitaliers paraît donc semblable à celle vue par la population générale à un niveau un peu moins élevé.

Au final, on note une assez forte coïncidence de jugement de la population générale avec les médecins même si ces derniers ont un niveau d'acceptabilité plus élevé de la survenue des EIG dans les scénarios présentés. L'une des hypothèses est que les médecins

connaissent mieux les risques, les circonstances dans lesquelles peuvent survenir les EIG et les capacités d'atténuation ou de récupération des conséquences cliniques. Néanmoins, les scénarios jugés acceptables par plus de la moitié des médecins restent peu nombreux.

Conclusion

En population générale, onze situations cliniques sur les seize ont été considérées comme non acceptables par plus de 50 % des répondants. Chez les médecins, au moins la moitié juge l'évènement non acceptable dans six scénarios sur dix chez les médecins hospitaliers et quatre sur huit chez les non hospitaliers.

Face à certains risques liés à l'utilisation de certains produits de santé (sang, hormone de croissance) ou à certaines activités (radiothérapie) et au risque d'infection, il est généralement admis, sans l'avoir mesuré formellement, que l'acceptabilité est réduite (Flahault et Zylberman, 2008). De ces types d'événements ayant entraîné des crises sanitaires dans le passé, pour lesquels une politique de prévention et de communication a été mise en place et un relais fort par les associations de victimes existe (infection, sang), seules les infections figuraient

parmi les seize scénarios car les trois autres types sont très peu fréquents. Les trois cas d'infection ont tous été classés parmi les moins acceptables, quelles qu'en soient les conséquences (un décès et deux guérisons complètes en quelques jours). Le niveau d'exigence de sécurité des populations s'avère ainsi toujours élevé.

Même si les médecins acceptent en général mieux les situations d'EIG que la population générale, il existe toutefois un parallélisme de classement des EIG par niveau d'acceptabilité entre les populations. Si l'on considère que la meilleure acceptation par les médecins peut être le fait de leur meilleure connaissance des risques, des circonstances dans lesquelles peuvent survenir les EIG et des capacités d'atténuation ou de récupération des conséquences cliniques, le parallélisme de classement pourrait être considéré comme une preuve de bonne compréhension des EIG et donc de maturité de la population générale dans son approche des risques associés aux soins.

Cette étude permet de nourrir la réflexion sur les axes d'information à retenir en priorité s'agissant des professionnels de santé d'une part (en ce qui concerne le lien fait entre inacceptabilité et évitabilité) et de la population d'autre part (le risque zéro n'existe pas). ■

Bibliographie

- Quenon J.-L., Michel P., Domecq S., Nguyen J.-M., Lombrail P., Riem R., 2006, Proposition d'une typologie des événements indésirables graves liés aux soins à partir des résultats de l'étude ENEIS (rapport final), CCECQA, Bordeaux.
- Nacu A., Benamouzig D., Michel P., 2010, « Analyse sociologique des politiques publiques de réduction des événements indésirables graves (EIG) à travers leur perception par les acteurs sanitaires ». Rapport final à la DREES, Bordeaux.
- Michel P., Minodier C., Lathelize M., Moty-Monnereau C., Domecq S., Chaleix M., Izotte-Kret M., Bru-Sonnet R., Quenon J.-L., Olier L., 2010, « Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004 », *Dossier Solidarité et Santé* n° 17, DREES.
- Michel P., Minodier C., Moty-Monnereau C., Lathelize M., Domecq S., Chaleix M., Kret M., Roberts T., Nitaro L., Bru-Sonnet R., Quintard B., Quenon J.-L., Olier L., 2011, « Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité », DREES, *Études et Résultats*, n° 761, mai.
- Flahault A., Zylberman P., 2008, *Des épidémies et des hommes*. Paris, Editions de la Martinière.
- Michel P., Quintard B., Quenon J.-L., Roberts T., Nitaro L., Kret M., 2011, « Acceptabilité des principaux types d'événements indésirables graves associés aux soins en population générale et chez les médecins », DREES, *Document de travail, série Études et Recherche*, n° 108, septembre.

ANNEXE ● Récapitulatif des variables contrôlées dans les scénarios

Scénario	Caractéristiques	Lieu de survenue	Compliance	Fréquence de l'EIG	Gravité	Évitabilité	Omission/Commission
Fécalome	Agitation et fugue causées par une consipation très avancée	ville	compliant	non fréquent	cause admission	plutôt non	commission
Fracture sacrée	Chute et fracture du bassin	ville	compliant	non fréquent	cause admission	plutôt non	omission
Crise d'épilepsie	Crise d'épilepsie lors d'une fibroscopie	ES	compliant	fréquent	menace vitale/incapacité	non	commission
Déplacement fracture	Déplacement des deux fragments osseux d'une fracture du col du fémur après traitement non chirurgical	ES	compliant	non fréquent	menace vitale/incapacité	plutôt oui	commission
Déshydratation	Déshydratation sévère aggravée par réhydratation inappropriée	ville	compliant	non fréquent	menace vitale/incapacité	plutôt oui	omission
Escarres	Plaque profonde au niveau du talon gauche lors de la convalescence après une chirurgie cardiaque	ES	compliant	non fréquent	menace vitale/incapacité	plutôt oui	omission
Globe vésical	Rétention d'urine aiguë chez un patient porteur d'une sonde urinaire	ville	compliant	non fréquent	cause admission	plutôt oui	omission
ISO	Infection après une intervention en chirurgie cardiaque	ES	compliant	non fréquent	décès	plutôt oui	omission
Infection valve	Infection d'une valve cardiaque à partir d'une sonde de stimulateur cardiaque infectée au niveau de la cicatrice opératoire	ES	compliant	fréquent	cause admission	plutôt oui	commission
Infection cathéter	Infection sur cathéter	ES	compliant	non fréquent	prolongation	plutôt oui	commission
Luxation cristallin	Luxation du cristallin pendant une chirurgie de la cataracte	ES	compliant	fréquent	cause admission	non	commission
Hypoglycémie	Malaise hypoglycémique après une injection d'insuline surdosée	ES	compliant	non fréquent	prolongation	plutôt non	commission
Paralysie faciale	Paralysie faciale du côté gauche après une intervention chirurgicale de la face	ES	compliant	non fréquent	menace vitale/incapacité	non	commission
Hémiplégie	Paralysie totale et définitive de la moitié gauche du corps	ville	non compliant	non fréquent	menace vitale/incapacité	plutôt oui	commission
Ré-intervention tardive	Ré-intervention tardive pour un cancer du pancréas	ES	compliant	fréquent	cause admission	oui	commission
Somnolence	Somnolence et abatement extrême, physique et psychique lié au médicament anti-épileptique	ville	compliant	non fréquent	cause admission	plutôt non	commission

Scénario	Existence d'une politique locale de prévention	Fréquence de l'exposition	Information reçue	Type de prise en charge	Type d'incident	Acte invasif	Médecine/ Chirurgie	Vulnérable/ Non vulnérable	Âge	Sexe
Fécalome	non	fréquent	non	surveillance	médicament	non	médecine	vulnérable	> 50 ans	homme
Fracture sacrée	non	fréquent	non	prévention	chute	non	médecine	vulnérable	> 50 ans	femme
Crise d'épilepsie	non	fréquent	non	thérapeutique	médicament	oui	médecine	vulnérable	> 50 ans	homme
Déplacement fracture	non	non fréquent	non	thérapeutique	processus clinique	non	chirurgie	non vulnérable	> 50 ans	femme
Déshydratation	non	fréquent	non	surveillance	médicament	non	médecine	vulnérable	> 50 ans	femme
Escarres	non	fréquent	non	surveillance	processus clinique	non	médecine	non vulnérable	> 50 ans	femme
Globe vésical	non	fréquent	non	diagnostic	processus clinique	oui	médecine	vulnérable	> 50 ans	homme
ISO	oui	fréquent	oui	thérapeutique	IAS	oui	chirurgie	vulnérable	> 50 ans	homme
Infection valve	non	non fréquent	oui	thérapeutique	IAS	oui	chirurgie	non vulnérable	> 50 ans	homme
Infection cathéter	oui	fréquent	oui	thérapeutique	IAS	oui	médecine	vulnérable	< 50 ans	homme
Luxation cristallin	non	fréquent	non	thérapeutique	processus clinique	oui	chirurgie	non vulnérable	> 50 ans	femme
Hypoglycémie	non	fréquent	oui	thérapeutique	médicament	non	médecine	non vulnérable	> 50 ans	homme
Paralytie faciale	non	fréquent	oui	thérapeutique	processus clinique	oui	chirurgie	vulnérable	> 50 ans	femme
Hémiplégie	oui	fréquent	oui	prévention	comportement	oui	médecine	vulnérable	< 50 ans	homme
RE-intervention tardive	non	non fréquent	non	thérapeutique	processus clinique	oui	chirurgie	non vulnérable	< 50 ans	homme
Somnolence	non	fréquent	non	prévention	médicament	non	médecine	non vulnérable	> 50 ans	femme

Note : La compliance du patient est la conformité du comportement du patient à la prescription.

Les inadéquations hospitalières en France : fréquence, causes et impact économique

Albane EXERTIER et Christelle MINODIER (DREES)

D'après les rapports d'étude de D^r Roland CASH, Claire HUAULT, D^r Jean-Noël COLLIN, Thomas RICHARD, D^r Evelyne CASH, Antoine SAAB, Antoine GROHEUX (Consultants – Sanesco)

Étude réalisée sous la supervision de :

Gaël RAIMBAULT, Marion PAUFIQUES (DGOS)

Didier EYSSARTIER (IGAS)

Avec le soutien méthodologique de la DREES et de l'ATIH (Françoise BOURGOIN)

De nombreuses études montrent qu'une partie des lits occupés à l'hôpital le sont d'une manière inadéquate. Jusqu'alors, il n'existait néanmoins pas d'étude statistiquement représentative permettant de décrire complètement le phénomène en France et les raisons de ces admissions ou séjours inadéquats. C'est dans cette double optique que la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé a lancé, avec le soutien méthodologique de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), une étude nationale sur les inadéquations hospitalières. Cette étude avait pour but de déterminer le niveau des inadéquations hospitalières en France métropolitaine en médecine-chirurgie et de mettre en évidence des facteurs explicatifs de ces inadéquations et des facteurs de risque associés.

Au niveau national, 10 % des lits de médecine et chirurgie sont occupés de manière inadéquate un jour donné (5 % en chirurgie, 17,5 % en médecine). En termes de séjours, 93 % des séjours sont considérés comme totalement adéquats. Ainsi, 7 % des séjours présentent une inadéquation soit dès l'admission, soit au cours du séjour : la part d'admissions inadéquates est estimée à 3 %. D'une manière générale, ces taux d'inadéquations sont plus bas que ceux retrouvés dans la littérature.

Une modélisation économique a par ailleurs permis d'estimer l'impact de ces inadéquations à plus de deux milliards d'euros.

Trois types d'actions permettraient de réduire les inadéquations : des actions d'information des médecins de ville sur le recours à l'hôpital, des actions d'organisation interne pour raccourcir les délais de prises de décision et de réalisation d'examen complémentaires, et enfin des actions visant à fluidifier les filières en aval, notamment en soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces actions ont également un coût, loin d'être négligeable, notamment s'il s'agit de développer l'offre en aval.

La question des inadéquations hospitalières est soulevée à intervalles réguliers, en France comme dans les autres pays, et partant, celle de l'ampleur des marges de manœuvre pour améliorer l'efficacité de l'activité hospitalière. Les taux d'inadéquations observés dans les études menées dans les années 1990 et 2000 sont élevés dans les services de médecine, de l'ordre de 20 à 30 % des journées lors des coupes

transversales. Toutefois, le caractère souvent monographique de ces études ne permettait pas d'en généraliser les conclusions. C'est pourquoi, le ministère en charge de la santé a décidé d'effectuer une enquête nationale représentative pour estimer les inadéquations hospitalières, cerner leurs caractéristiques et ainsi envisager un certain nombre de mesures pour les réduire.

Origine, coûts et stratégies de réduction des inadéquations : les enseignements des études étrangères

Il existe différentes catégories d'inadéquations. La principale distinction sépare les hospitalisations injustifiées à l'admission et les hospitalisations injustifiées dans leur durée ou dans le type d'unité d'hébergement.

Mesure des inadéquations et principaux facteurs associés

Les taux observés d'inadéquations dans les différentes études nationales et internationales, identifiées grâce à une analyse bibliographique, varient selon les pays, les services et les méthodes de 10 % à 30 % pour les journées, voire même plus de 50 % dans certaines études. Les taux les plus fréquemment relevés se situent dans la fourchette 20 à 30 %, soit des taux d'inadéquations élevés. Il a aussi été observé des taux élevés en admissions, à des niveaux cependant inférieurs à ceux observés pour les journées.

Sur le plan méthodologique, le protocole AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) est l'outil le plus utilisé, même si certains auteurs ont critiqué son apport par rapport au jugement d'experts (surestimation du taux d'inadéquation)¹. Cet outil donne un ordre de grandeur du phénomène des inadéquations, mais ne permet pas de prendre des décisions ponctuelles sur un patient (même si certains pays sont allés dans cette voie en conditionnant le paiement de certains séjours à leur adéquation selon les critères AEP). Par ailleurs, la mise en œuvre en routine de ces méthodes de mesure se heurte à des problèmes de coûts, qu'il faut prendre en compte lorsqu'on souhaite estimer l'impact économique d'une réduction des inadéquations.

Deux grandes catégories de facteurs explicatifs sont particulièrement mises en avant dans l'ensemble des études, correspondant aux deux types d'inadéquations :

- Des problèmes de « freins » à la sortie :
 - inexistence, insuffisance, indisponibilité des structures d'aval adaptées (soins de suite et de réadaptation [SSR], hospitalisation à domicile [HAD], maisons de retraite, soins à domicile) ;
 - mauvaise gestion de la sortie du patient (absence de prévision, d'organisation précoce de la sortie, etc.) ;

- problèmes d'organisation interne dans les établissements (attentes d'examen, de résultats, retards dans les prises de décisions, etc.).

- Des problèmes d'organisation et d'orientation des patients :

- permanence des soins en ville et interface ville/hôpital ;
- régulation des flux aux urgences ;
- transfert de certains séjours en consultations externes.

Les proportions de chacune de ces causes varient beaucoup entre pays et entre études.

L'impact des dispositions tarifaires sur les inadéquations a été mentionné dans quelques études menées dans d'autres pays, mais reste très marginal.

D'autres facteurs corrélés aux inadéquations ont également été cités. Dans les études ayant porté sur les deux types d'inadéquations, il apparaît que les journées d'hospitalisation inadéquates sont corrélées avec les admissions inadéquates (même s'il est noté dans le même temps que certains séjours inadéquats à l'admission peuvent s'accompagner de journées adéquates ensuite). L'âge élevé des patients est le facteur qui revient le plus souvent comme élément corrélé aux inadéquations. La durée de séjour est le deuxième facteur le plus fréquent, mais joue de façon paradoxale : plus le séjour est long, plus les journées ont une probabilité forte d'être inadéquates ; mais les séjours inadéquats sont souvent courts. De fait, dans les études qui ont observé des séjours dans leur ensemble, deux pics de probabilité des inadéquations ont pu être identifiés : au début du séjour, et dans le dernier tiers de celui-ci. Ceci explique en partie une observation faite par plusieurs auteurs sur la durée moyenne de séjour : en l'abaissant, on ne diminue pas forcément le taux d'inadéquation, car la moyenne traduit mal l'existence de ce double pic et la proportion de séjours courts inadéquats peut être élevée. Le passage par les urgences, la situation sociale défavorisée du patient, plus rarement étudiée, sont également souvent corrélés aux inadéquations. Enfin, certaines disciplines médicales sont plus souvent concernées par des inadéquations (exemples de la neurologie et de la gériatrie). Dans certains cas, un effet établissement a également pu être mis en évidence : des établissements apparemment identiques sur le plan de l'activité et des missions présentent des taux différents d'inadéquations, ce qui renvoie à des différences fines dans les modalités d'or-

1. Les auteurs insistent toutefois sur l'importance du volet « *overriding* » permettant au praticien expert de juger la journée (ou le séjour) adéquate même si la grille AEP ne va pas dans ce sens.

ganisation interne (exemple dans les services de gériatrie, existence ou non d'un service de SSR intégré ou encore présence d'un plateau technique complet).

Les actions entreprises pour réduire les inadéquations

Plusieurs types d'actions ont été recensés dans les études étrangères pour réduire les inadéquations :

- Retours d'informations auprès des équipes médicales et soignantes : dans les démarches associant les équipes médicales et soignantes, il a été observé des baisses des taux de journées inadéquates sans augmentation du taux de réadmission. Par contre, l'une des études répertoriées indique que les inadéquations retrouvent leur niveau antérieur si l'action est interrompue. Cette sensibilisation des équipes au problème des inadéquations doit donc s'inscrire dans la durée.
- Modification des procédures internes : mise en place d'une ligne téléphonique à destination des médecins traitants pour qu'ils puissent joindre un médecin du service de médecine interne et discuter de l'intérêt de l'hospitalisation, notamment pour les investigations de courte durée ; simplification de la procédure des transferts en soins de suite.
- Réduction du nombre de lits et baisse de certains tarifs de groupes homogènes de malades (GHM) afin de décourager les admissions pour ce type de patients et inciter à les orienter dans des structures plus adaptées que le court séjour.
- Partage des coûts avec le patient (en lui faisant supporter une partie des coûts liés aux journées d'hospitalisation), avec le risque toutefois que la réduction des journées inadéquates aille de pair avec celle de journées nécessaires.

Les seules études d'intervention recensées en France concernent des tentatives de mise en place d'une préparation de la sortie des personnes âgées dès l'admission, pour entamer les démarches sociales le plus tôt possible. Cette procédure permet de réduire les durées de séjour en court séjour, sans que par contre il ait pu être démontré que cette politique réduise aussi le taux d'inadéquations.

Malgré toutes ces interventions, quel qu'en soit le mode, le taux d'inadéquations n'est jamais nul. Cette impossibilité de réduire complètement les inadéquations tient à plusieurs phénomènes :

- Irréductibilité liée à la méthode de mesure : les outils d'estimation des inadéquations sont centrés sur

les soins techniques et une journée d'hospitalisation n'est pas toujours justifiée par des soins techniques. Peuvent intervenir des raisons sociales (fréquentes dans les études analysées), des raisons médicales (doute motivé du praticien sur l'évolution d'une affection), ou des raisons pratiques. Ainsi, il vaut mieux dans certains cas garder le patient un jour ou deux sans soins techniques dans l'attente d'un examen plutôt que de prononcer une sortie puis une réadmission, conduisant à la facturation de deux séjours. On peut dans ces situations chercher cependant à améliorer les délais d'attente d'exams, etc.

- Irréductibilité liée à l'absence de solution aux problèmes rencontrés : plusieurs auteurs ont insisté sur le fait que parler d'inadéquation liée à des insuffisances de structures d'aval relève de l'hypocrisie, voire de la faute de méthode, si ces structures n'existent pas et si leur création n'est pas prévue à court terme dans l'environnement.

- Irréductibilité liée aux problèmes « frictionnels » dans une organisation : même si le terme n'est pas utilisé comme tel dans les études, on voit bien de façon implicite, à la lecture des discussions, qu'aucun auteur n'imagine que l'organisation hospitalière puisse être si parfaite qu'il n'y ait jamais d'attente d'exams, jamais d'hésitation du corps médical dans une décision, jamais de problème pour organiser une sortie. Les taux observés d'inadéquation, de l'avis général, peuvent être réduits, mais sans pouvoir aller toutefois en-deçà d'un taux incompressible (taux « frictionnel »). Il est vrai cependant que ces études ayant mesuré l'impact d'actions de réduction ne se sont intéressées qu'à une ou deux actions et n'ont pas cherché à lutter en même temps contre toutes les causes à la fois.

Un élément, enfin, vient freiner la volonté de réduire de façon trop massive les inadéquations : la crainte de réduire dans le même temps la qualité des soins. Les études norvégiennes sur le sujet ont bien identifié des pertes de qualité des soins (pertes de qualité de vie) lorsque l'action visant à réduire les admissions inadéquates se faisait trop stricte (Eriksen *et al.*, 1999). Pérès *et al.* (2002) ont montré que les réadmissions évitables des personnes âgées étaient, entre autres facteurs, liées à une durée trop brève de l'hospitalisation initiale. Wickizer et Lessler (2002) ont dans le même esprit souligné l'augmentation des taux de réadmission après des actions strictes de revue des admissions, de type « entente préalable ».

Parmi les études menées dans les différents pays, les taux d'inadéquations les plus bas observés sont de l'ordre de 10 à 15 % en journées (et encore un peu moins en admissions) ; ce ne sont pas les observations les plus fréquentes, mais de tels taux pourraient constituer une cible à atteindre lorsque le taux initial observé est de 30 %.

L'impact économique d'une réduction des inadéquations

Trois catégories de travaux ont été répertoriées pour alimenter cette réflexion : les travaux menés aux États-Unis dans le cadre de la mise en place des méthodes de revue de pertinence des soins (en général par un système d'entente préalable) ; des travaux anglais et des travaux menés par une équipe norvégienne. Il n'a pas été retrouvé en France de travaux spécifiquement consacrés à cette question de l'analyse économique des inadéquations et de leur réduction.

Dans l'ensemble, ces articles font ressortir un grand nombre de nuances sur l'ambition à donner à ces actions de réduction des inadéquations. Il faut en effet mettre en balance, face à la réduction induite des coûts hospitaliers en services de court séjour :

- le fait que ces séjours (ou journées) inadéquat(e)s ne sont pas parmi les plus coûteux (ses), à la fois parce que ce sont souvent des séjours courts, et parce que, lorsqu'ils sont à l'inverse prolongés, le coût marginal de la journée supplémentaire est bas ;
- le coût de mise en œuvre des actions de mesure des inadéquations ;
- le coût de mise en place des structures alternatives lorsqu'elles n'existent pas ou ne sont pas suffisantes (cas le plus fréquent) et les coûts déportés en matière de soins à domicile ;
- le risque pour la qualité des soins, appréciée par des indicateurs de qualité de vie du patient, ou par l'observation du taux de réadmission précoce.

Aussi, la question de l'utilisation de ces outils et de leur impact économique doit-elle être abordée dans le cadre d'un raisonnement coût/efficacité en se posant la question suivante : la réduction des inadéquations est-elle efficace ?

Au vu des résultats présentés, la réponse ne peut être que nuancée. Les auteurs ont adopté une analyse assez critique de ces méthodes et procédures, en particulier à cause de l'exemple américain qui a choisi d'aller très loin

dans l'utilisation des méthodes de revue de pertinence des soins dans un objectif de facturation individuelle.

Il reste que dans certaines conditions, et sous certaines hypothèses, en s'entourant de précautions pour ne pas dégrader la qualité des prises en charge (cette dégradation étant par ailleurs source de surcoûts), l'équation économique peut se révéler positive. Les paramètres les plus sensibles sont la disponibilité des structures d'aval, l'implication des médecins de ville, le différentiel de coûts marginaux entre les différentes formes de prise en charge.

Une distinction importante est opérée par Coast (1996), entre d'une part les admissions et les journées « véritablement inadéquates » qui n'ont pas lieu d'être prises en charge ni à l'hôpital, ni ailleurs, et par conséquent qui peuvent être totalement éliminées du budget de la santé, et d'autre part, des admissions et journées « inadéquates sur le plan de la localisation », c'est-à-dire qui n'ont pas besoin du niveau de technicité offert par l'hôpital et qui pourraient être prises en charge dans un autre cadre de soins. L'impact économique de ces deux catégories d'inadéquations n'est pas le même.

Les inadéquations en France : résultats de l'enquête nationale

L'Enquête nationale sur les inadéquations hospitalières en établissement de santé a été lancée par la Direction générale de l'offre de soins en 2009 (DGOS), avec l'appui méthodologique de la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES). Elle a été réalisée par la société Sanesco avec l'aide des médecins conseils de l'Assurance maladie et des médecins inspecteurs de santé publique (MISP) ainsi que des référents régionaux en agence régionale de l'hospitalisation (ARH) puis en agence régionale de santé (ARS).

Les objectifs de l'étude étaient de déterminer le niveau des inadéquations hospitalières en France métropolitaine sur le champ médecine-chirurgie, de mettre en évidence des facteurs explicatifs de ces inadéquations et des facteurs de risque associés, d'évaluer le taux d'inadéquations « résorbable » et enfin de calculer l'impact économique de leur réduction.

Les données de l'enquête ont été recueillies entre mars et mai 2010 et ont porté sur plus de 3 000 patients (voir encadré 1).

ENCADRÉ 1 ● Champ et méthodologie de l'enquête

Il s'agit d'une étude d'évaluation de type coupe transversale un jour donné avec un recueil de données sur la journée en cours et un recueil rétrospectif sur l'admission, pour les patients de 15 ans et plus.

Champ

Le périmètre de l'étude était limité à la France métropolitaine et concernait les établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation complète de médecine et de chirurgie, hors obstétrique et hors établissements du service de santé des armées, établissements pénitentiaires et tout établissement dont la capacité de médecine ou de chirurgie est inférieure à cinq lits.

Échantillonnage

L'échantillon a été tiré par la DREES, avec un plan de sondage à trois degrés, proche de celui retenu pour les enquêtes nationales sur les événements indésirables graves associés aux soins.

Le premier degré est la fenêtre d'observation. L'unité d'échantillonnage est le jour d'observation (et non la semaine d'observation comme pour ENEIS). Le deuxième degré correspond au tirage de lits, avec trois niveaux : tirages de zones géographiques, puis d'établissements et enfin d'unité de soins. Le troisième degré correspond au tirage des séjours permettant d'observer les séjours et journées d'hospitalisation présents au sein des unités de soins dans la période d'observation.

Le tirage au sort des zones géographiques et des établissements a été réalisé par la DREES sur la base nationale des établissements issue de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Une stratification a été faite sur le type d'activité (médecine et chirurgie) et le type d'établissement : centres hospitaliers universitaires (CHU) ou régionaux (CHR), les hôpitaux publics et privés à but non lucratif (Public non-CHU) et les établissements privés à but lucratif (Privé). L'étude offrait donc six strates d'analyse. Pour éviter des biais liés à l'éventuelle saisonnalité dans la semaine, les jours de la semaine ont été tirés au sort et affectés à chaque établissement à l'intérieur de chaque strate, dans une proportion de 1/7ème pour chacun des jours.

Sur les 82 établissements tirés au sort dans les 31 départements retenus, 73 ont accepté de participer à cette étude, soit un taux de participation de 89 %. Un échantillon de réserve et une procédure de remplacement avaient été mis en place pour garantir un bon taux de réponse.

Le tirage des services a été réalisé par Sanesco, pour chaque établissement de santé ayant accepté de participer à l'enquête, sur la base d'un tableau renseigné par les établissements dans le cas où le nombre de lits présents dans l'établissement (médecine ou chirurgie) était supérieur au nombre de lits initialement fixé par établissement (limitation de la charge de collecte). Au sein d'un service, l'ensemble des lits étaient enquêtés, sauf éventuellement dans le dernier service tiré.

Étaient exclus du tirage les maternités, les services d'hospitalisation partielle d'hospitalisation à domicile, de chirurgie ambulatoire, les services d'urgences, les services de soins de suite et de réadaptation (SSR), les services de chirurgie esthétique, les unités de soins de longue durée, la psychiatrie, les séances (épuration extra-rénale, chimiothérapie, radiothérapie) administrées en ambulatoire, les traitements des grands brûlés. Compte tenu du protocole AEP, ont également été exclus les services ou unités de soins suivants : soins intensifs / réanimation / néonatalité / surveillance continue (par construction de la grille AEP, les séjours/journées dans ces unités sont toujours jugés adéquats).

La base définitive d'enquête des unités était composée de 166 services pour un total de 4 700 lits annoncés de façon à disposer d'un échantillon suffisant dans chacune des six strates d'analyse.

4 400 lits ont été enquêtés correspondant à 3 400 patients du champ de l'enquête. À l'issue du recueil, 3 145 fiches patients ont été jugées de qualité suffisante pour être exploitées.

Protocole d'enquête

Les formations des médecins enquêteurs (des ARS et de l'Assurance maladie) ont eu lieu dans le courant du mois de janvier 2010. La prise de contact avec les établissements s'est déroulée en février et mars 2010 et les enquêtes terrain ont eu lieu entre mars et mai 2010.

Redressements

Les consignes de redressements ont été élaborées par la DREES et validées par le comité technique en charge du suivi de l'enquête.

Afin de prendre en compte le plan d'échantillonnage complexe dans l'estimation des taux d'inadéquations, un poids a été affecté à chaque séjour-patient inclus en fonction des probabilités d'inclusion de l'établissement et de l'unité d'hospitalisation à laquelle il appartenait (nombre de lits, type d'activité, type d'établissement). Par ailleurs, une correction de la non-réponse a été effectuée.

Par ailleurs, la distribution des durées de séjour des patients présents dans l'hôpital un jour donné diffère de la distribution nationale des durées de séjour des patients séjournant à l'hôpital et il y a sur-représentation, dans l'enquête, des séjours longs. Pour ne pas surestimer les taux d'inadéquations nationaux, les résultats ont été corrigés par la durée de séjour de la façon suivante : un ratio $\frac{\text{Pourcentage de séjours au sein du total des séjours dans la base nationale}}{\text{Pourcentage de séjours au sein du total des séjours dans l'échantillon}}$ a été appliqué aux résultats par tranche de durée de séjour de manière à obtenir des taux d'inadéquations extrapolés au niveau national fiables et en ligne avec la distribution nationale des durées des séjours.

Des règles de confidentialité strictes

Cette étude a été réalisée dans le cadre de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée, sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Remerciements

Sont remerciés toutes les institutions et les professionnels ayant permis la réalisation de cette étude et en particulier les établissements et les équipes de soins ayant accepté de participer, ainsi que les médecins enquêteurs (médecins conseils de l'Assurance maladie, médecins inspecteurs de santé publique) et les référents régionaux ayant coordonné localement le recueil.

Des taux d'inadéquations plutôt faibles en France : plus de 90 % des séjours totalement adéquats

Le protocole retenu a permis de collecter deux types de données relatives aux inadéquations : des informations sur le caractère adéquat ou non de la journée observée (grille AEP journée), des informations sur le caractère adéquat ou non de l'admission (recueil rétrospectif *via* la grille AEP admission), en plus des informations complémentaires sur les patients *via* une grille spécifique (âge, mode de vie, degré de dépendance, etc.).

À partir de ces données, plusieurs indicateurs permettant de décrire le phénomène d'inadéquation ont été calculés. Les définitions de ces indicateurs figurent dans l'encadré 2 et sont fonction des résultats des deux recueils.

Au niveau national, 10,3 % des lits de médecine et chirurgie sont occupés de manière inadéquate un jour donné (coupe transversale, voir tableau 1). La proportion de lits occupés de manière inadéquate est bien plus élevée en médecine (17,5 %) qu'en chirurgie (5 %).

En raisonnant en termes de séjours, 93 % d'entre eux sont considérés comme totalement adéquats. Ainsi, 7 % des séjours présentent une inadéquation soit dès l'admission, soit au cours du séjour : la part d'admissions inadéquates est estimée à 3 %. Il est rare qu'une journée d'hospitalisation pour un patient ayant été admis de manière inadéquate soit adéquate. Néanmoins, la proportion de ces séjours inadéquats à l'admission mais qui se révèlent adéquats est tout de même de 14 %. La proportion de séjours inadéquats est plus élevée en médecine qu'en chirurgie et varie également selon le type d'établissement. Le phénomène des inadéquations semble être plus important dans les établissements publics – hors centre hospitalier universitaire (CHU) – ou privés à but non lucratif que dans les CHU ou les établissements privés à but lucratif. Le rôle d'hôpital de proximité joué par les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux pourrait peut-être expliquer en partie ces écarts.

D'une manière générale, les taux d'inadéquations observés dans l'enquête nationale se situent dans le bas de la fourchette des taux relevés dans la littérature, aussi

ENCADRÉ 2 • Différents taux d'inadéquations

Lits occupés de manière inadéquate :

- Si le patient est entrant, on attribue la valeur « adéquation » de la fiche admission
- Si le patient est sortant, on le considère comme adéquat
- Sinon, on prend la valeur « adéquation » de la fiche journée

Admission adéquate, journée adéquate :

- Si les patients sont entrants ou sortants : on regarde seulement la valeur « adéquation » de la fiche AEP admission ; il faut qu'elle soit en adéquation
- Pour les autres cas, il faut que les deux fiches AEP soient en adéquation

Admission adéquate, journée inadéquate :

- Si les patients sont entrants ou sortants : cas impossible, on ne peut pas être en admission adéquate et en journée inadéquate
- Pour les autres cas, il faut que la fiche AEP admission soit en adéquation et la fiche AEP journée en inadéquation

Admission inadéquate, journée inadéquate :

- Si les patients sont entrants ou sortants : on regarde seulement la valeur « adéquation » de la fiche AEP admission ; il faut qu'elle soit en inadéquation
- Pour les autres cas, il faut que la fiche AEP admission soit en inadéquation et la fiche AEP journée en inadéquation

Admission inadéquate, journée adéquate :

- Si les patients sont entrants ou sortants : cas impossible, on ne peut pas être en admission inadéquate et en journée adéquate
- Pour les autres cas, il faut que la fiche AEP admission soit en inadéquation et la fiche AEP journée en adéquation

En ce qui concerne les admissions, l'addition des deux derniers taux permet de retrouver les résultats d'ensemble sur les admissions inadéquates. En ce qui concerne les journées inadéquates, les données sont différentes des résultats des seules fiches journées dans la mesure où des hypothèses sont faites ici sur les patients entrants et sortants, pour pouvoir croiser admissions et journées.

TABLEAU 1 • Inadéquations par type d'établissement et discipline (en %)

		Admission et journée adéquates	Admission et journée inadéquates	Admission adéquate et journée inadéquate	Admission inadéquate et journée adéquate	Taux de lits occupés de manière inadéquate
Chirurgie	CHU	96,7	0,8	2,4	0,2	4,4
	Privé	98,6	-	1,4	0,0	3,3
	Public non-CHU	94,5	1,2	4,3	0,0	8,5
Médecine	CHU	94,7	1,2	4,1	0,0	15,2
	Privé	91,6	4,2	3,1	1,1	16,9
	Public non-CHU	85,8	6,4	7,1	0,7	17,9
TOTAL		93,2	2,5	3,9	0,4	10,3

Champ • France métropolitaine

Sources • Enquête Inadéquations hospitalières, 2010.

bien en admissions qu'en journées. Il faut noter toutefois que les études antérieures n'étaient pas représentatives au niveau national et ciblaient en général un ou deux services d'un établissement de santé avec des problèmes d'organisation déjà souvent repérés en amont. Par ailleurs, le biais lié à la sur-représentation possible des séjours longs n'était pas corrigé, ce qui conduit à une surestimation des taux d'inadéquations non négligeable (plus de 5 points pour l'enquête française).

Des inadéquations qui varient selon la durée de séjour...

L'enquête Inadéquations étant réalisée un jour donné (coupe transversale), les séjours longs sont mécaniquement sur-représentés puisqu'ils ont une probabilité plus forte d'être observés que les séjours courts. Les taux d'inadéquations agrégés et synthétiques présentés ci-dessus corrigent ce biais en tenant compte des différences constatées entre la distribution des durées de séjour des patients observés dans l'enquête et la distribution nationale des durées de séjour des patients séjournant à l'hôpital.

Cette prise en compte est d'autant plus importante que la revue de littérature suggérait une variabilité des inadéquations selon la durée de séjour. Ce qui est effectivement le cas, comme le montrent les graphiques 1 et 2. On s'intéresse ici aux inadéquations en médecine, le phénomène d'inadéquation étant peu fréquent en chirurgie. L'effet de la durée de séjour diffère selon que l'on considère les séjours totalement inadéquats (c'est-à-dire inadéquats à l'admission et en journée) ou les séjours partiellement inadéquats (journée observée inadéquate). On observe bien deux pics d'inadéquations pour les sé-

jours totalement inadéquats : un pic pour les séjours très courts (moins de 5 jours donc plus courts que la durée moyenne nationale de 6 jours) et un pic pour les séjours longs (de 15 à 30 jours). Au-delà de 30 jours, les inadéquations baissent de nouveau laissant à penser que ces séjours extrêmement longs sont liés à des prises en charge très graves nécessitant bien une hospitalisation au long cours. La proportion de séjours adéquats à l'admission mais pour lesquels la journée observée a été jugée inadéquate augmente en revanche continuellement avec la durée de séjour. Ce résultat est assez intuitif, la probabilité qu'un séjour soit inadéquat dans sa durée augmentant avec la longueur du séjour.

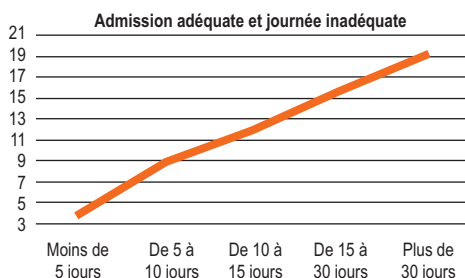
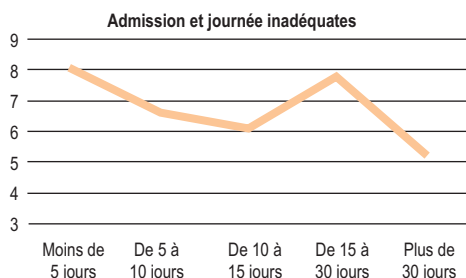
... mais également selon l'âge et le niveau de dépendance des patients et certaines caractéristiques environnementales

Il est intéressant de croiser les taux d'inadéquations avec certaines caractéristiques des patients ou des séjours afin de mettre en évidence les facteurs explicatifs des inadéquations et les facteurs explicatifs associés.

Premier résultat assez intuitif, la proportion de séjours et journées inadéquats semble en général augmenter avec l'âge (voir graphique 3). Parallèlement, l'adéquation totale est plus élevée chez les patients ayant la meilleure autonomie² et le taux de journées inadéquates dans les séjours adéquats augmente avec la perte d'autonomie en médecine. Enfin, l'existence de troubles cognitifs influe positivement sur les taux d'inadéquations, notamment en médecine.

Le croisement des différents types d'inadéquations avec le mode d'admission fournit d'autres enseignements. L'arrivée par les urgences, les transferts d'établisse-

GRAPHIQUES 1 ET 2 • Inadéquations en médecine selon la durée de séjour (en %)

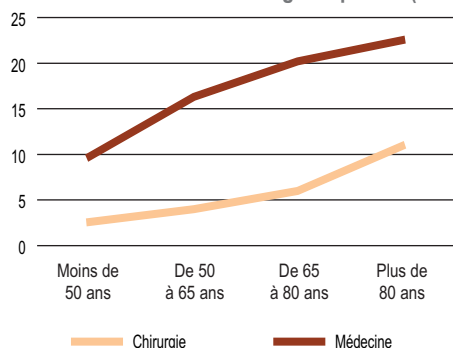


Champ • France métropolitaine

Sources • Enquête Inadéquations hospitalières, 2010.

2. Évaluée à l'aide du score ADL, Activities of Daily Living (échelle de dépendance).

GRAPHIQUE 3 ● Proportion de séjours et/ou journées inadéquats en fonction de l'âge du patient (en %)



Champ • France métropolitaine

Sources • Enquête Inadéquations hospitalières, 2010.

ments sont des facteurs augmentant le taux d'inadéquations en chirurgie. En médecine, le taux d'adéquations le plus fort est observé pour les arrivées programmées après consultation hospitalière. On peut noter le taux relativement élevé d'inadéquations dans les situations d'arrivée programmée après adressage par un médecin de ville.

Pour compléter ces analyses, les corrélations éventuelles entre les taux d'inadéquations et les paramètres d'environnement ou les caractéristiques de l'établissement ont été recherchées, pour déterminer s'il était possible en quelque sorte de « prédire » un taux élevé

d'inadéquations en fonction de certains critères généraux. D'après ces corrélations (voir tableau 2), en médecine, plus l'offre de soins est dense (d'une manière globale, offre hospitalière et médecins de ville), plus les inadéquations sont importantes. Une hypothèse qu'il conviendrait toutefois de tester serait donc qu'une forte offre de soins ne conduit pas les acteurs à optimiser la gestion des lits à leur disposition ; dans ce contexte, le fait de disposer d'une offre dense en lits de SSR ne permettrait pas de contrecarrer ce phénomène. Cela n'est pas observé pour les CHU, peut-être parce que ces établissements sont davantage déconnectés dans leur activité des paramètres de leur territoire d'implantation (zone de recrutement plus large). Enfin, la présence d'un service d'urgences est associée à une réduction des inadéquations ; les services d'urgences orienteraient donc mieux les patients que les médecins de ville, ce qui tient sans doute à leur place au sein de l'établissement de santé.

Les raisons de l'inadéquation étaient demandées dans le cadre de l'enquête. Pour les inadéquations à l'admission, les principales raisons invoquées de l'hospitalisation sont, par ordre décroissant d'importance, la demande expresse du médecin de ville, l'attente d'un avis diagnostique de l'hôpital, le retour au domicile transitoirement impossible ou encore la décision du patient et de son entourage. Le refus de la demande par l'aval n'arrive qu'en cinquième position. En ce qui concerne l'hébergement le plus adapté pour le patient, les patients

TABLEAU 2 ● Corrélations significatives retrouvées en médecine selon le type d'établissement

	Public hors CHU		Privé	
	Admission inadéquate	Journée inadéquate	Admission inadéquate	Journée inadéquate
Nombre de médecins généralistes	+	+	+	+
Densité de médecins généralistes	+	+	+	+
Nombre de lits de médecine	+	+	+	
Densité de lits de médecine	+			+
Nombre de lits de chirurgie	+	+	+	
Densité de lits de chirurgie	+	+		
Nombre de lits de SSR	+	+	+	+
Densité de lits de SSR	+		+	+
Nombre de places de personnes âgées	+	+	+	
Taux de patients sous CMU	+	+		
Présence d'un service d'urgences	-	-		

Lecture • Les + indiquent une relation positive entre les paramètres, et les - une relation négative.

Champ • France métropolitaine

Sources • Enquête Inadéquations hospitalières, 2010.

TABLEAU 3 ● Hébergement le plus adapté pour le patient (en médecine) en cas d'hospitalisation inadéquate (en %)

Médecine	Type d'hébergement
SSR	26,7
EHPAD	20,8
Domicile avec aide non médicale	17,6
Domicile sans aide	16,7
Domicile avec aide médicale ou paramédicale	10,8
USLD	2,9
Autre structure alternative à l'hospitalisation complète	2,5
EHPA – MAPA – résidence avec services	1,4
HAD	0,5

Champ • France métropolitaine

Sources • Enquête Inadéquations hospitalières, 2010.

devraient être à leur domicile dans près de la moitié des cas (avec ou sans aide), ou alors à parts égales dans des structures de moyen séjour (SSR) ou long séjour (EHPAD, EHPA, USLD) [voir tableau 3].

Concernant les raisons des séjours adéquats à l'admission mais comportant au moins une journée inadéquate, le plus souvent, l'hospitalisation (ou la prolongation d'hospitalisation) est due à une demande refusée par l'aval faute de place aussi bien pour les services de médecine que pour les services de chirurgie. En médecine, les décisions médicales internes au service de même que les problèmes d'organisation des soins sont les deux autres principales causes d'inadéquation. Pour les services de chirurgie comme pour les services de médecine, la décision du patient et de son entourage reste également une raison fréquemment invoquée.

Impact économique des inadéquations hospitalières et des actions de réduction des inadéquations

L'impact des actions de réduction des inadéquations dépend du point de vue adopté

Selon que l'on prend le point de vue de l'établissement ou celui de la tutelle, le point de vue national ou régional, les leviers d'action pour réduire les inadéquations ne sont pas les mêmes et les conséquences sont différentes.

- Du point de vue des établissements hospitaliers et des médecins hospitaliers, la réduction des inadéquations

est surtout importante pour les journées injustifiées, qui bloquent des lits et freinent l'accueil de patients supplémentaires ; cette réduction est alors source de recettes et de diminution des files d'attente lorsqu'il en existe. Il faut dans cette optique opérer les réorganisations internes nécessaires, améliorer la programmation des examens, correctement préparer les sorties, gérer la disponibilité des places d'aval, etc.

La réduction des admissions inadéquates, à l'inverse, n'est pas très favorable aux établissements, puisque celles-ci leur procurent des recettes, sauf si les lits ainsi occupés pouvaient être remplis par des patients relevant de groupes homogènes de séjours (GHS) davantage rémunérés.

- Du point de vue des assureurs et des tutelles, du point de vue de la collectivité, toute réduction d'une inadéquation est intéressante et de nature à améliorer l'efficacité. Mais l'impact économique de la réduction des inadéquations n'est pas proportionnel à l'ampleur de cette réduction : même s'il s'avérait possible de réduire massivement le taux d'inadéquations, on n'observerait pas une réduction de même ampleur des coûts hospitaliers. Il n'y a pas proportionnalité car :

- les actions de réduction ont un certain coût ;
- les coûts évités en réduisant les inadéquations concernent des journées peu coûteuses, d'autant plus que dans le système de la T2A, hors le cas des journées extrêmes, le fait de réduire d'un jour ou deux une hospitalisation ne produit aucune baisse de recettes pour l'établissement, donc aucune baisse de dépenses pour l'Assurance maladie à court terme. Ce n'est que dans le moyen terme, en cas de décision de restructuration des services, ou de baisse des tarifs de GHS, qu'un impact économique d'une réduction du nombre de journées inadéquates peut être observé.

Il y a une différence par ailleurs entre le point de vue national et le point de vue régional. Du point de vue national, l'intérêt de cette démarche de réduction des inadéquations réside dans la possibilité de faire varier sur le moyen terme les enveloppes de dépenses d'Assurance maladie consacrées à l'hospitalisation : par exemple, en diminuant l'enveloppe MCO en faveur de l'enveloppe consacrée au SSR et au secteur médico-social. Du point de vue régional, l'enjeu réside davantage dans la planification des différentes structures de soins. L'objectif d'efficacité est toujours poursuivi mais il passe par une éventuelle redistribution des lits, des places et des dotations entre les différents segments du système.

• Quant au point de vue des patients, trois éléments sont à souligner :

- le reste à charge pour les patients (ou leurs mutuelles) pour les séjours d'hospitalisation non pris en charge à 100 % ; ce reste à charge (ticket modérateur de 20 %) dépend du nombre de journées passées et des prix de journée ;
- l'importance des montants à la charge des patients et des familles dans les structures d'hébergement médico-social, qui peut constituer un frein vers cette orientation ;
- la qualité des soins, qui milite pour des séjours denses et courts, face entre autres au risque d'infections nosocomiales ou autres événements indésirables (chute, escarres, malnutrition, etc.), au risque de désocialisation des personnes âgées, aux problèmes éventuels de pertes de revenu, aux pertes de bien-être, etc.

Même si, dans la suite de la réflexion, le point de vue de la collectivité est privilégié (au plan national comme au plan régional), il est intéressant de prendre en compte les autres points de vue, ne serait-ce que pour identifier les freins aux actions de réduction des inadéquations que la tutelle pourrait engager.

Estimation de l'impact économique des inadéquations hospitalières

Le taux d'inadéquations calculé en admissions et en journées peut être valorisé à partir du coût de journée marginal établi à partir de l'Étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC), sur le champ de l'enquête (intégrant tous les coûts sauf les coûts de la prise en charge aiguë : réanimation, bloc opératoire, plateaux techniques, dispositifs médicaux, etc.). Il est important de noter que ce calcul en coût marginal a été retenu dans une optique de moyen terme et qu'il ne correspond à aucun élément tarifaire réel. À court terme, du point de vue de l'Assurance maladie, seules les admissions inadéquates constituent un coût direct (tarifs des GHS). Cependant, il est considéré que sur le moyen terme, toutes les journées inadéquates occupent des lits et des services qui utilisent des moyens qui pourraient être supprimés ou utilisés ailleurs. Aussi, de manière indirecte, cette situation constitue une charge pour l'Assurance maladie.

Globalement, sur le territoire métropolitain, 10,3 % des lits sont occupés de manière inadéquate, avec des taux plus élevés en médecine qu'en chirurgie.

Pour procéder à une extrapolation nationale, on peut appliquer ce taux au nombre total de lits occupés, obtenu en divisant le nombre de journées fournies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) par 365³ (ce nombre de lits occupés provient d'un calcul théorique mais tient compte de fait du nombre de journées où les lits sont exploitables). On obtient alors un nombre de lits occupés de manière inadéquate un jour donné, dont on déduit un nombre de journées inadéquates. Reste à valoriser ces journées inadéquates par le coût marginal de la journée, pour obtenir une estimation du coût induit par les inadéquations. Ainsi calculé, le coût total des inadéquations s'élève à 2,3 milliards d'euros, soit près de 10 % du total de la masse financière représentée par le champ de l'enquête. Ce montant est représenté à 82 % par la médecine. De fait, le problème des inadéquations est essentiellement un problème portant sur les services de médecine.

Ces montants sont bruts ; il faut dans tous les cas soustraire le coût des actions à mener dans l'optique de réduire ces inadéquations. Par ailleurs, les calculs sont fondés sur une hypothèse de réduction à 0 des inadéquations qu'il est impossible d'atteindre. Les articles qui ont centré leur problématique sur l'analyse économique d'une réduction des inadéquations font ressortir un grand nombre de nuances sur l'ambition à donner à ces actions de réduction et la nécessité de mener un raisonnement complet coût/efficacité (voir annexe).

Réduction des inadéquations : quelles pistes ?

Quelles actions mettre en regard du coût brut des inadéquations pour tenter de le réduire, dans un objectif d'amélioration de l'efficacité ?

L'enquête nationale a permis de dresser un certain nombre de constats. D'une manière générale, les taux d'inadéquations observés dans l'enquête nationale sont plus bas que ceux retrouvés dans la littérature. Le ciblage des actions sur les établissements les plus concernés est donc important pour en tirer un bénéfice. Le phénomène des inadéquations tel que défini dans cette étude

3. Les calculs sont effectués par type d'établissement croisé avec la discipline. Les données de capacités de la Statistique annuelle des établissements (SAE) ne peuvent pas être utilisées car il n'est pas possible de se restreindre au champ de l'enquête et notamment de retirer les patients de moins de 15 ans.

est centré sur les services de médecine, et les actions de réduction des inadéquations à mener doivent avant tout s'attacher à la situation des services de médecine. La variabilité des taux d'inadéquations par service et par établissement est telle qu'il est impossible d'inférer, à partir de l'enquête nationale, quelle est la situation d'un établissement donné. Tout au plus peut-on rappeler que les inadéquations varient selon la durée de séjour et l'âge des patients et qu'elles apparaissent plus élevées dans les territoires à forte densité d'offre de soins (offre hospitalière et de ville), pour les établissements publics non-CHU et les établissements privés.

En fonction des données d'environnement, au plan régional, il s'agit alors de mener une réflexion de planification, de porter le bon diagnostic sur le type de solutions d'amont ou d'aval à développer, et de chercher à valoriser celles-ci. Ceci étant, il est difficile de faire un lien direct entre une dépense consentie pour une action de réduction des inadéquations de ce type et le taux de réduction obtenu *in fine*. Les relations de cause à effet sont complexes, faisant intervenir l'implication de l'établissement, la qualité du management, etc. En outre, le type d'action efficace varie d'un établissement à l'autre selon ses spécificités. Il faut aussi avoir à l'esprit que ce type d'action n'a pas toujours un effet durable.

Les actions à envisager peuvent être de trois types : actions d'organisation interne, actions sur les filières d'aval et actions sur l'organisation en amont.

On peut noter que la tarification à l'activité (T2A) est en principe un incitatif efficace pour que les établissements engagent des actions d'amélioration de l'organisation, mais les études disponibles montrent que les changements sont lents. L'étude récemment publiée par la DREES, menée par l'équipe du centre de gestion scientifique de l'École des Mines de Paris et la société ESSOR Consultants, dans le cadre des travaux du comité d'évaluation de la T2A, illustre cela : il ressort de cette étude qualitative un développement certain des outils de suivi médico-économique (tableaux de bord, contrôle de gestion, etc.), une appréhension des enjeux stratégiques mais une insuffisance des réflexions sur l'organisation (Moisdon et Pepin, 2010). Il reste que l'intérêt des établissements serait d'optimiser leur organisation pour gagner en efficacité, libérer leurs lits en cas d'un taux élevé d'inadéquations pour optimiser les moyens disponibles.

En ce qui concerne les structures d'aval, soit les nouveaux lits d'aval sont créés par substitution à des lits (c'est-à-dire des enveloppes financières) de court séjour, et on peut attendre à la fois un gain d'efficacité et une

diminution de l'enveloppe financière globale. Le coût de la mesure est en outre modeste si cette substitution s'effectue au sein du même établissement (dans le cas simple de substitution médecine/SSR) ; il ne s'agit alors que d'un changement administratif. Le coût est évidemment plus conséquent s'il s'agit d'une extension d'une structure existante, d'une création, d'un changement complet de destination d'un bâtiment, etc. Si ces lits d'aval s'ajoutent à l'existant, sans substitution, il y a alors augmentation générale des capacités de l'offre, augmentation des dépenses en valeur absolue, même si on peut attendre tout de même un gain d'efficacité. Dans ce cas, en effet, le fait de réduire le nombre de journées inadéquates en court séjour permet de libérer des lits et d'accueillir de nouveaux patients, donc de procurer de nouvelles recettes aux établissements, tandis que par ailleurs les lits de SSR créés accueillent une activité supplémentaire. Cependant, il n'est pas toujours immédiat qu'un établissement ait une clientèle en attente d'hospitalisation.

Dans tous les cas, le raisonnement doit reposer sur une estimation assez fine des besoins d'aval. Si les capacités en SSR mises en place par exemple dépassaient ce qui est nécessaire (par exemple si des inadéquations existaient dans les unités existantes de SSR), on pourrait rapidement observer un surcoût global, du fait de cette « sur-capacité ».

Il n'est pas impossible cependant que les différentes causes soient liées : l'importance des problèmes d'aval (manque de places mais également désorganisation de l'aval) retentissent sur l'organisation interne non seulement en raison de lits occupés de façon non justifiée mais également en réduisant la prévisibilité et les possibilités de gestion efficace des sorties. Inversement, une mauvaise organisation interne, avec notamment une préparation tardive de la sortie des patients, contribue à rendre difficiles les recherches de solutions d'aval.

Conclusion

Cette enquête nationale menée sur les inadéquations a permis d'apporter un certain nombre d'enseignements. Tout d'abord, sur le plan de la méthode, la gestion et la réalisation d'une telle enquête sont apparues comme lourdes et complexes. Il ne s'agit donc pas d'une procédure et d'un outil facilement mobilisable et sans coût.

D'une manière générale, les taux d'inadéquations observés dans l'enquête nationale sont plus bas que ceux retrouvés dans la littérature, aussi bien en admissions qu'en journées. On se situe aux environs de la moitié

des taux observés dans les autres études. Le phénomène des inadéquations tel que défini dans cette étude (au sens de l'outil AEP) est centré sur les services de médecine, et les actions de réduction des inadéquations à mener doivent avant tout s'attacher à la situation de ces services. La variabilité des taux d'inadéquations par service et par établissement est telle qu'il est impossible d'inférer, à partir de l'enquête nationale, quelle est la situation d'un établissement donné. Les inadéquations apparaissent toutefois plus élevées dans les territoires à forte densité d'offre de soins, pour les établissements publics non-CHU et les établissements privés.

Ainsi, au niveau régional, certains services pourraient être ciblés *a priori* comme susceptibles de présenter des taux élevés. Des médecins (internes aux établissements ou non) pourraient procéder à des mesures des taux

d'inadéquations en ciblant les services pertinents au regard des décisions d'actions à prendre.

Enfin, comme c'est généralement le cas dans les actions permettant d'améliorer l'efficacité globale du système de santé ou bien d'un de ses acteurs-clés (l'établissement de soins), c'est un ensemble d'actions concomitantes qui permettra de constater une éventuelle évolution. Les actions mises en œuvre permettant la réduction des inadéquations contribueront comme d'autres actions à la mise en place de parcours de soins plus fluides. Les actions permettant de réduire les inadéquations à l'admission restent sans doute les plus complexes car elles nécessitent une modification du comportement de l'ensemble des professionnels de santé, notamment de ville. ■

ANNEXE ● Une synthèse des étapes et des questions posées concernant les inadéquations

Modèle de coûts

Évaluation du taux d'inadéquation
Pour les 6 strates de l'étude :
• CHU / clinique / autres établissements
• Médecine / chirurgie

Extrapolation nationale d'un taux de journées et séjours inadéquats, d'un taux de lits occupés de manière inadéquate

Actions à mettre en œuvre :
• Filières d'aval
• Organisation des soins en aval
• Solutions de réorganisation interne

Questions : choix des actions et méthode pour les valoriser

Résultats des actions :
• Réduction des inadéquations
• Effets connexes : réduction des risques liés à une prolongation d'hospitalisation
• Report d'activité en amont et en aval
• Réadmissions, etc.

Question : relation entre une action donnée et son impact

Coût des inadéquations et de leur mesure

Coût des actions

Solde des impacts

Solde

Bibliographie

- Coast J., 1996, "Appropriateness versus efficiency : the economics of utilisation review", *Health policy* 36:69-81.
- Eriksen B.O., Kristiansen I.S., Nord E., Pape J.F., Almdahl S.M., Hensrud A., Jaeger S., 1999, "The cost of inappropriate admissions: a study of health benefits and resource utilization in a department of internal medicine", *J Intern Med.* Oct;246(4):379.
- Moisdon J.-C., Pepin M., 2010, « Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé - Étude qualitative d'un échantillon de huit établissements », DREES, *Document de travail, série Études et Recherches*, n° 97, mai.
- Pérès K., Rainfray M., Perrié N., Emeriau J.P., Chêne G., Barberger-Gateau P., 2002, "Incidence, risk factors, and adequation of early readmission among the elderly", *Rev Epidemiol santé publique* 50 : 109-119.
- Wickizer T.M., Lessler D., 2002, "Utilization Management: Issues, Effects, and Future Prospects", *Annual Review of Public Health* 23:233-254.

FICHES



1 Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

Ce chapitre présente le cadre juridique qui prévaut en 2011, après la promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) et de la publication de la plupart de ses décrets d'application.

L'année de référence des données présentées dans l'ouvrage est 2009, année d'entrée en vigueur de la loi HPST.

Des petites différences peuvent subsister entre le cadre législatif et réglementaire présenté dans ce chapitre et les données présentées dans les fiches, notamment au niveau des catégories d'établissements ou des personnels. À titre illustratif, même si la catégorie « établissements de santé privés d'intérêt collectif » est censée se substituer à la catégorie des établissements de santé privés à but non lucratif, pour l'année 2009, la présentation traditionnelle établissements publics/privés à but non lucratif/privés à but lucratif est conservée.

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leur statut juridique, leurs missions et activités, ainsi que par leurs modes de financement.

I – Le statut des établissements de santé

Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé.

« Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État [...]. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial » (Article L6141-1 du code de la santé publique). Ces établissements « sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directeur ». Ce conseil de surveillance remplace l'ancien conseil d'administration, en application de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST).

Suite à la loi HPST, les hôpitaux locaux disparaissent et seuls les centres hospitaliers subsistent.

« Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas [...] » (Article L6141-1).

« Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche » (Article L6141-2).

La majeure partie des CHR sont aussi des centres hospitaliers et universitaires (CHU), centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médicaux, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (Article L6142-1).

Une des nouveautés de la loi HPST est que, selon l'article L6141-7-3 du code de la santé publique, « les établissements publics de santé peuvent 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 missions de

recherche. Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique [...] s'appliquent. [...] Les règles particulières de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé ».

Les établissements privés sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes.

Dans le cas des 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.).

La loi HPST introduit une nouvelle catégorie pour les établissements de santé privés : celle des établissements privés d'intérêt collectif. Cette catégorie se substituera de manière générale à celle des établissements privés à but non lucratif ainsi qu'à celle des établissements privés participant au service public hospitalier, ces deux dernières catégories se recoupant en grande partie, avec toutefois des droits et obligations très différents. Selon l'article L6161-5, « sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif :

1° Les centres de lutte contre le cancer ;

2° Les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé ».

II – Les missions des établissements de santé

Les missions générales

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

Quel que soit leur statut, « ces derniers assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concer-

tation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ».

Les établissements de santé peuvent également développer des activités sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation qui ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.

« Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensés par :

1° Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie ;

2° Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.

« Dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale.

« Dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire » (Article R6121-4).

Par ailleurs, les « établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux » (Article L6111-2).

Les établissements de santé peuvent en outre créer et gérer des services et établissements sociaux et médico-sociaux (comme par exemple des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD), ainsi que des centres de santé (Article L6111-3).

Les missions de service public

Aux missions générales confiées à tous les établissements de santé, s'ajoutent celles du service public, définies par l'article L6112-1 du code de la santé publique. Une des nouveautés de la loi HPST est la substitution du terme « service public hospitalier » par celle, plus large, de « missions de service public ». Ainsi, « les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

1° La permanence des soins ;

2° La prise en charge des soins palliatifs ;

3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;

4° La recherche ;

5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;

7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;

8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;

10° Les actions de santé publique ;

11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;

12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ».

Parmi ces missions, toutes ne revêtent pas la même importance. Les missions les plus importantes sont la participation à la formation initiale (accueil d'instituts de formation de personnels paramédicaux et de stagiaires, externes, internes ou paramédicaux), celles liées à la prise en charge de l'activité non programmée (aide médicale urgente, permanence des soins) ainsi que les soins dispensés aux populations spécifiques (précaires, détenus et retenus).

Autrefois, le service public était de la seule responsabilité des établissements publics et privés participant au service public hospitalier. Désormais, de nouveaux acteurs peuvent le mettre en œuvre. Il s'agit notamment des établissements privés à but lucratif, ainsi que des centres de santé, des maisons de santé et des pôles de santé, des groupements de coopération sanitaire (voir partie IV), des autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd et de praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés ici – il s'agit en pratique des cabinets de radiothérapie et de radiologie (Article L6112-2).

Les établissements de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public, garantissent à tout patient accueilli l'égal accès à des soins de qualité, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé ainsi que la prise en charge aux tarifs opposables (Article L6112-3).

« Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes » (Article L6112-6).

III – Les personnels travaillant dans les établissements de santé relèvent de statuts diversifiés

Les médecins

Les médecins intervenant dans les établissements publics sont très majoritairement salariés (voir tableau 1). Les univer-

sitaires, professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférence-praticiens hospitaliers (MCU-PH) sont des fonctionnaires de l'Éducation nationale. Les praticiens hospitaliers (PH) sont soumis au statut de PH mais sans être fonctionnaires au sens strict. Ils interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Avec la mise en œuvre de la loi HPST, les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics sont élargies¹ : ils peuvent désormais être autorisés, dans ces établissements, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins. Ainsi, selon l'article L6146-2, « le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile ».

Dans les cliniques privées, les médecins ont très majoritairement un statut d'exercice libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent.

Les établissements privés d'intérêt collectif accueillent quant à eux majoritairement des salariés de droit privé. Des professionnels libéraux peuvent également y intervenir. Par ailleurs, les praticiens hospitaliers peuvent être détachés, en qualité de salariés, dans les établissements de santé privés

chargés d'une ou plusieurs des missions de service public dès lors que le praticien 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 R6152-51). Les personnels hospitalo-universitaires peuvent quant à eux être affectés dans un établissement privé associé au centre hospitalier universitaire, dans le cadre d'une convention d'association.

Enfin, les établissements publics et privés d'intérêt collectif accueillent en outre des médecins en cours de formation (les internes). Depuis la loi HPST, les cliniques privées peuvent également accueillir des internes.

Ainsi, la loi HPST a ouvert les statuts à l'ensemble des établissements de santé, alors qu'auparavant, il existait de nombreuses situations impossibles.

Les personnels non médicaux

Les personnels non médicaux des établissements de santé publics relèvent principalement de la fonction publique hospitalière mais peuvent aussi être des personnels non fonctionnaires : contractuels à durée déterminée ou indéterminée, intérimaires, etc. La fonction publique hospitalière comprend en outre les personnels des établissements publics exclusivement consacrés à des activités médico-sociales et sociales (hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale), même si ces établissements sont fréquemment gérés par des collectivités territoriales. Les personnels des établissements privés relèvent pour leur part de conventions collectives distinctes selon le statut des établissements.

IV – Les groupements de coopération sanitaire

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée avait créé les groupements de coopéra-

TABLEAU 1 ● Statuts et lieux d'exercice des médecins : tableau théorique

Statuts		Lieux d'exercice et type d'établissement		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif, dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH)	Article L952-21 du code de l'éducation	affectation dans le cadre d'une convention d'association (Article L6142-5 du code de la santé publique)	affectation dans le cadre d'une convention d'association (Article L6142-5 du code de la santé publique)
	salarié de droit public : attachés, PH	Articles R6152-1 et 6152-604 du code de la santé publique	détachement de PH (Article R6152-51 du code de la santé publique)	détachement (Article R6152-51 du code de la santé publique)
salarié de droit privé				
profession libérale		possible (Articles L6146-2 et L6112-4 du code de la santé publique)	Article L6161-9 du code de la santé publique	Article L162-5 du code de la sécurité sociale
en formation (internes)		Article R6153-8 du code de la santé publique	Article R6153-9 du code de la santé publique	Article R6153-9 du code de la santé publique

■ Peu fréquent ■ Situation majoritaire ■ Situation impossible

1. Auparavant, les praticiens libéraux pouvaient notamment exercer dans les hôpitaux locaux.

tion sanitaire (GCS) comme instrument de coopération entre les établissements publics et privés de santé.

La loi HPST a refondu le cadre juridique de ces groupements. Elle distingue désormais, selon leurs finalités, deux grandes catégories de GCS :

- le GCS de moyens ;
- le GCS-établissement de santé.

Il est à noter que, selon l'article L6321-2, un réseau de santé peut également se constituer en groupement de coopération sanitaire. Dans ce cas, le GCS-réseau de santé fonctionne de la même manière que le GCS de moyens et a pour membres ceux du réseau de santé.

Le GCS de moyens

Selon l'article L6133-1, le GCS de moyens « poursuit un but non lucratif ». Il « a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres.

Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

- 1° Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;
- 2° Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun [...] ;
- 3° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement ».

Selon l'article L6133-6, il est ainsi prévu que « [...] les professionnels médicaux des établissements de santé [...], des centres de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement [puissent] assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins [...] ».

Un GCS de moyens peut également être titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd, d'une pharmacie à usage intérieur ou encore, être la structure juridique exploitant un laboratoire de biologie médicale.

Le GCS de moyens permet des coopérations entre les secteurs sanitaire, médico-social et libéral. Sa seule obligation est de comporter un établissement de santé. En effet, selon l'article L6133-2, « un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux [...], des centres de santé et des pôles de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé ». Par ailleurs, « d'autres professionnels de santé ou organismes peuvent participer à ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé ».

Le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être employeur. Le statut juridique du groupement détermine alors les règles de recrutement des personnels médicaux et non-médicaux. Par ailleurs, selon les articles R6133-6 et R6133-3, les établissements membres du GCS peuvent mettre à disposition du groupement leur personnel. Celui-ci peut également être détaché auprès du GCS (Article R6152-51).

Selon l'article L6133-3, « le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive [voir ci-dessous] est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en assure la publication. Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication ».

Le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public ou de droit privé selon les personnes qui le composent. Ainsi, s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux, le GCS est de droit public. En revanche, le GCS est une personne morale de droit privé s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé. Par ailleurs, lorsque le GCS comporte à la fois des personnes de droit public et de droit privé, il acquiert la nature juridique de la ou des personnes majoritaires au capital, ou s'il est constitué sans capital, majoritaires aux charges de fonctionnement du groupement.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, le groupement est soumis aux règles de la comptabilité publique et il est doté d'un agent comptable désigné dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Lorsque ce groupement est une personne morale de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes » (Article L6133-5).

Selon l'article L6133-4, « la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire de moyens définit son objet. Elle précise la répartition des droits statutaires de ses membres, proportionnellement à leurs apports ou à leur participation aux charges de fonctionnement, ainsi que les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus de ses dettes. Elle détermine [...] les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement. [...] ».

Le GCS-établissement de santé

Le GCS-établissement de santé est issu d'un GCS de moyens. Ainsi, « lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent », sous certaines conditions (Article L6133-7).

« Lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé [...] » (Article L6133-8). Enfin, selon l'article L6131-2, « le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé [...] de créer un groupement de coopération sanitaire [...] ».

V – L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

La loi HPST crée les agences régionales de santé (ARS), qui rassemblent au niveau régional les ressources de l'État et de l'Assurance maladie. Plus largement, elles regroupent les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), les anciennes agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les groupements régionaux de santé publique (GRSP), les Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM), les missions régionales de santé (MRS) et le volet hospitalier de l'Assurance maladie. Les ARS sont des établissements publics de l'État à

caractère administratif. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général (Article L1432-1). Elles « sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique [, et notamment l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées], en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

À ce titre :

a) elles organisent, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

b) elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

c) sans préjudice [à leurs fonctions de veille, sécurité et polices sanitaires], elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles [dont elles ont la responsabilité], en fonction des orientations retenues par le [projet régional de santé] et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

d) elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation.

2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

À ce titre :

a) elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans [certains établissements et services sociaux et médico-sociaux] une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux ;

b) elles autorisent la création et les activités des établissements de santé et des installations [de chirurgie esthétique] ainsi que de [certains] établissements et services médico-sociaux ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ; elles attribuent également les financements aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle et s'assurent du respect des cahiers des charges ;

c) elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. À ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées [dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS)] ;

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 et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance

et au développement de la bien-traitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

f) elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

g) [...] elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. 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 ;

h) en relation avec les autorités compétentes de l'État et les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel ;

i) elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire » (Article L1431-2).

La création, la conversion et le regroupement des activités de soins (y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile), de même que l'installation des équipements matériels lourds sont soumis à une autorisation de l'agence régionale de santé (Article L6122-1) [voir encadré].
Peuvent être titulaires d'autorisation (Article L6122-3) :

1° Un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;

2° Un établissement de santé ;

3° Une personne morale dont l'objet porte, notamment, sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd mentionnés à l'article L6122-1 ou la pratique des activités propres aux laboratoires de biologie médicale.

L'autorisation est subordonnée au respect d'engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'Assurance maladie ou au volume d'activité et également à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret (Article L6122-5). Elle est donnée pour une durée déterminée d'au moins cinq ans, sauf pour les activités de soins nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

L'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé, ou titulaire de l'autorisation, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une durée maximale de cinq ans. Lorsqu'il comporte des clauses relatives à l'exécution d'une mission de service public, le contrat est signé pour une durée de cinq ans (Article L6114-1). Ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou des titulaires de l'autorisation sur la base du projet régional de santé (PRS) défini à l'article L1434-1, et notamment du schéma régional d'organisation des soins ou du schéma interrégional.

Les PRS et les SROS

Selon l'article L1434-1, « le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre ». Il « est constitué :

1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

ENCADRÉ ● Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2009, année de référence pour cette publication, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes (Article R6122-25) :

- « 1° Médecine ;
- 2° Chirurgie ;
- 3° Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- 4° Psychiatrie ;
- 5° Soins de suite et de réadaptation¹ ;
- 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)² les identifie à l'aide d'un triplet composé des éléments suivants : activité/modalité/forme. Ainsi, par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de chirurgie cardiaque, qui soigne des adultes (modalité) en hospitalisation complète (forme).

Par ailleurs, en 2009, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants (Article R6122-26) :

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

1. Le décret n° 2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de SSR prévoit une seule modalité d'autorisation avec des possibilités de mentions complémentaires (SSR adultes, avec la prise en charge ou non des enfants/adolescents, avec une ou plusieurs prises en charges spécialisées).

2. <http://finess.sante.gouv.fr/finess/index.jsp>

3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine [...] » (Article L1434-2).

Le schéma régional d'organisation des soins (SROS) est donc intégré au sein du projet régional de santé. Il remplace l'ancien schéma régional d'organisation sanitaire. Si les modalités d'élaboration du nouveau SROS ne diffèrent pas de celles du schéma régional d'organisation sanitaire - elles sont basées sur la consultation avec les professionnels de santé -, les

modalités de consultation sont élargies suite à la loi, du fait notamment de la création de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. D'autre part, le SROS doit être élaboré de manière coordonnée avec les schémas régionaux relatifs à la prévention et à l'organisation médico-sociale.

Une des innovations du nouveau SROS est l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoire. En effet, selon l'article R1434-4, le SROS comprend un volet hospitalier et un volet ambulatoire.

Dans son volet hospitalier, le SROS est le cadre de référence pour l'attribution des autorisations. Établi sous l'autorité du

directeur de l'ARS, il détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé (Article L1434-8) ainsi que « les modalités de coordination des soins de toute nature apportés au patient ». Il « prévoit les mesures de nature à améliorer l'efficacité de l'offre de soins » et précise « les modalités de coordination des établissements, professionnels et services de santé » ainsi que « les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation des soins » (Article R1434-4).

Selon l'article L1434-7, le SROS « a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. [...] Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales ».

Le SROS « tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires. Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux. [...] Il organise la coordination entre les différents services de santé et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. ».

Par ailleurs, selon l'article L1434-9, le SROS « fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

- 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;
- 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- 3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;
- 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L6112 2 ;
- 5° Les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu pénitentiaire [...] ».

Mis en place par l'ordonnance du 4 septembre 2003, l'ancien dispositif de régulation avait pris définitivement le relais de la carte sanitaire qui fixait des plafonds de capacité d'accueil ou de nombre d'équipements. Il s'était mis en place à compter de la publication des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire dits SROS de 3^e génération et ce, au plus tard le 31 mars 2006 et pour une période de cinq ans. L'année de référence de l'ouvrage se situe au moment des SROS III.

Les SROS III ne peuvent *a priori* pas être révisés depuis le 1^{er} juillet 2010. Ils conservent cependant leur validité juridique dans le cadre de la gestion des demandes d'autorisation jusqu'à leur expiration, au terme des cinq ans suivant la date de leur première publication. Suite à la loi HPST, le nouveau dispositif de régulation se met progressivement en place en plusieurs étapes : finalisation du diagnostic, élaboration du PRS, révision des schémas régionaux au niveau général puis thème par thème (chirurgie ambulatoire, dialyse, etc.). Il sera valable pour une durée de cinq ans.

Au cours de la dernière décennie, pour un certain nombre d'activités, l'organisation de l'offre a été aménagée dans une

logique conduisant à offrir les ressources les plus spécialisées dans un nombre limité de sites, avec mise en réseau des sites concernés par ces activités. C'est notamment le cas des maternités, dont l'activité est répartie en trois types, et des établissements autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence.

VI – Le financement

Deux modes de financement distincts selon les disciplines

Depuis 2004-2005, les deux principaux modes de financement des établissements de santé coexistants sont déterminés à la fois par les disciplines exercées et accessoirement par leur statut juridique :

- La tarification à l'activité (T2A) a été introduite en 2004 dans les établissements publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH), financés antérieurement par dotation globale, et en 2005 dans les établissements privés à but lucratif jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (forfait de salle d'opération par exemple). La T2A rémunère l'activité de soins produite dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) quels que soient le statut de l'établissement et le type d'activité (hospitalisation complète, partielle, à domicile, structure de dialyse), à l'exception des hôpitaux locaux et des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre et Miquelon. Concernant les hôpitaux locaux, la loi HPST du 21 juillet 2009 a supprimé le statut d'hôpital local. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a néanmoins prévu qu'ils resteraient financés par la dotation annuelle de financement (DAF) jusqu'au 1^{er} janvier 2012 et que le passage à la T2A ferait l'objet d'un calendrier aménagé.

Il est à noter que 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 (avec une mise en œuvre progressive aboutissant en 2018) depuis le 1^{er} janvier 2010.

- Concernant les autres disciplines (soins de suite et de réadaptation – SSR, psychiatrie et long séjour), elles sont appelées à connaître un mode de financement similaire à la T2A, mais demeurent pour l'instant financées selon un mode différent, qu'il s'agisse d'établissements publics et privés PSPH (DAF) ou d'établissements privés à but lucratif (facturation de prix de journée).

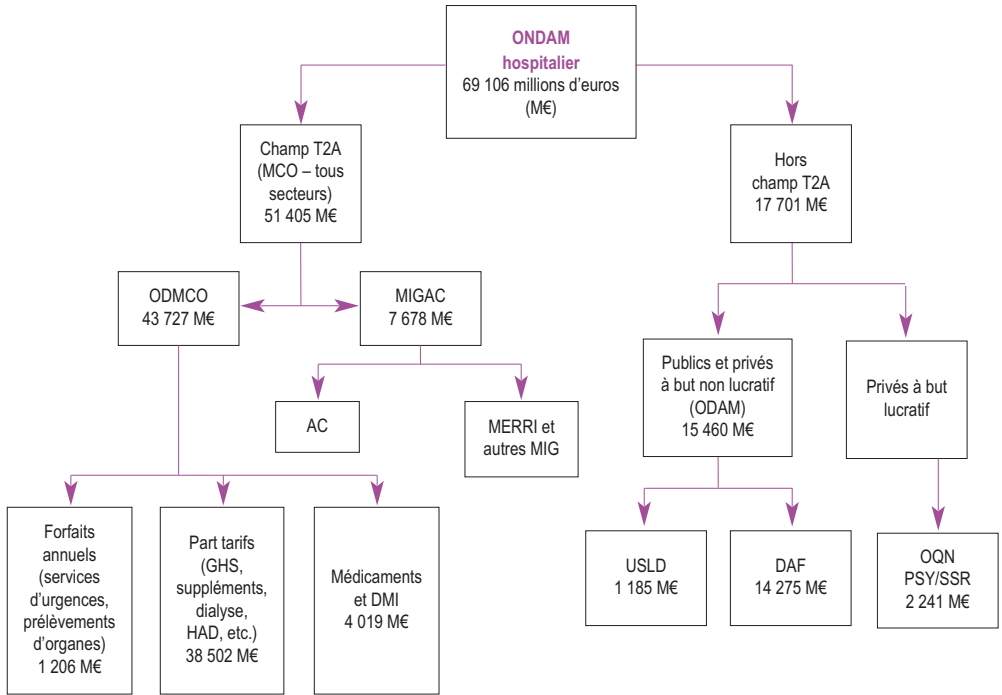
L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) présente depuis 2006 deux sous-objectifs hospitaliers distincts selon le mode de financement qui génère ces dépenses : les dépenses des établissements de santé relevant de la tarification à l'activité et les autres dépenses relatives aux établissements de santé (voir schéma et tableau 2). Ce second sous-objectif agrège les dépenses de psychiatrie et de SSR, celles des ex-hôpitaux locaux, des unités de soins de longue durée (USLD), mais aussi certaines dépenses non régulées ainsi que celles du fonds de modernisation des établissements publics et privés (FMESPP) intégré dans l'ONDAM la même année.

Les composantes de la T2A

La T2A comporte elle-même deux composantes.

- La première composante rémunère des prestations de soins selon une nomenclature tarifaire révisée chaque année, dont le socle correspond à des forfaits au chaque tout compris (groupes homogènes de séjours – GHS). Les séjours réalisés dans les établissements sont préalablement rattachés à des

SCHÉMA ● La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2009¹



1. Hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Les chiffres présentés correspondent aux dépenses constatées en 2009

Sources • Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, données ATIH.

Sigles :

- ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
- FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
- ODMCO : Objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique
- MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
- MERRI : Missions d'enseignement, recherche, référence et innovation
- MIG : Missions d'intérêt général
- AC : Aide à la contractualisation
- ODAM : Objectif des dépenses d'assurance maladie
- DMI : Dispositifs médicaux implantables
- USLD : Unité de soins de longue durée
- DAF : Dotation annuelle de financement
- OQN PSY/SSR : Objectif national quantifié, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation

TABLEAU 2 ● Les dépenses hospitalières dans l'ONDAM

		Dépenses hospitalières dans l'ONDAM, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, USLD, etc.	T2A	dont ODMCO	dont dotation MIGAC
2009	Dépenses constatées	69 106	17 701	51 405	43 727	7 678
2010	Dépenses constatées	70 333	17 668	52 665	44 866	7 799
2011	Objectifs	72 102	18 212	53 890	45 596	8 294

Sources • Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, données ATIH pour les années 2009 et 2010 puis DGOS, « Circulaire relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé » pour les chiffres de 2011.

groupes homogènes de malades (GHM) selon des caractéristiques médico-économiques codées et rassemblées à la sortie du patient dans un résumé de sortie standardisé (RSS).

Certains éléments peuvent être facturés en sus des GHS comme les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) particulièrement coûteux, les suppléments journaliers (réanimation et néonatalogie) ou les séjours de durée extrême (haute ou basse) qui peuvent faire l'objet d'une tarification spécifique.

Par ailleurs, d'autres activités font l'objet d'un financement à l'activité, bien que n'étant pas tarifées au GHS : la dialyse, les interruptions volontaires de grossesse (IVG), la réanimation, l'hospitalisation à domicile (HAD), les consultations et actes externes des praticiens du secteur public, la médecine d'urgence et les prélèvements d'organes.

La médecine d'urgence, les greffes et les prélèvements d'organes font l'objet d'une tarification mixte (à l'activité et sous forme de dotation) car il s'agit également pour ces services de rémunérer des charges fixes distinctes de l'activité et liées à l'organisation de la permanence des soins, que des patients soient présents ou pas.

Le total des dépenses de sécurité sociale correspondant à cette première composante est régulé à l'intérieur d'un objectif commun à tous les établissements appelé ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique).

- La seconde composante est constituée par la dotation finançant les MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) dont l'objet, défini par l'article L162-22-13 du code de la sécurité sociale, est de financer les engagements des établissements figurant dans leurs contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM – Article L6114-2 du code de la santé publique). En conséquence, cette dotation est en premier lieu destinée à financer les activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifables. Il s'agit de financer des missions comme la recherche ou l'enseignement (missions d'enseignement, recherche, référence et innovation – MERRI) et des missions d'intérêt général (MIG) fixées par arrêté qui consomment 71 % des MIGAC en 2010. À ce titre, la dotation MIGAC finance, par dérogation à la règle générale, des activités de soins identifiables, mais dispensées à certaines populations spécifiques (détenus par exemple). Néanmoins, la dotation d'aide à la contractualisation (AC, 29 % de la dotation MIGAC en 2010) finance les autres engagements pris par les établissements dans les CPOM. Cette dotation a été conçue de manière à financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé afin qu'ils puissent mettre en œuvre les adaptations de l'offre de soins, les orientations visant à améliorer la qualité des soins, les priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, ainsi que pour accompagner la montée en charge du modèle de financement T2A.

Depuis 2008, cette dotation sert aussi à mettre en œuvre les engagements figurant dans les contrats de retour à l'équilibre financier. Si la T2A s'applique aux établissements anciennement sous dotation globale (publics et privés PSPH) ainsi qu'aux cliniques privées et se trouve régulée dans des objectifs communs aux deux secteurs d'établissements, elle présente des spécificités dans chacun des secteurs :

- le secteur privé ne perçoit que très peu de dotation MIGAC (1,1 % en 2010) ;

- chaque secteur se voit appliquer des tarifs différents mais calculés selon une méthodologie commune (ceux des cliniques n'incluant pas les honoraires perçus par les médecins comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'ONDAM et non dans les dépenses hospitalières).

Une réforme progressive et aménagée

Dans sa composante tarifaire, la T2A a pour objet de rémunérer les établissements selon l'activité de soins effectivement produite, mais elle a aussi pour vocation de corriger les inégalités historiques de ressources constatées entre les établissements. Les tarifs doivent converger vers les tarifs nationaux, calculés pour chaque secteur en fonction de leur moyenne respective : publics et privés PSPH anciennement sous dotation globale d'une part, cliniques privées d'autre part. Dans ce processus de convergence, des montants importants sont redéployés entre établissements (à activité identique). Jusqu'à fin 2007, les mécanismes destinés à garantir la progressivité de ces effets redistributifs étaient différents dans chaque secteur :

- pour les établissements privés à but lucratif, un coefficient de transition appliqué aux tarifs nationaux a été calculé pour chaque établissement ; ce coefficient convergera vers 1 au plus tard le 1^{er} mars 2012.

- pour les hôpitaux publics et les cliniques anciennement sous dotation globale, une part croissante (10 % en 2004, 25 % pour 2005, 35 % en 2006 et 50 % en 2007) de l'activité totale facturée a été rémunérée par application des tarifs nationaux, l'établissement percevant en même temps une dotation complémentaire (DAC). En 2008, la DAC a été supprimée, les tarifs nationaux sont applicables à 100 % et sont modulés par un coefficient de transition spécifique à chaque établissement. Ce coefficient convergera vers 1 au plus tard le 1^{er} mars 2012.

La T2A comporte également un objectif de convergence des tarifs entre les deux secteurs, mais le terme de sa mise en œuvre, fixé à 2012 d'après la loi de financement de la sécurité xsociale - LFSS - de 2004, a été repoussé à 2018 par la LFSS pour 2010. Néanmoins, le gouvernement a expérimenté simultanément une « convergence ciblée » qui a consisté au rapprochement (partiel ou total) des tarifs de 35 GHS commun aux deux secteurs et sélectionnés sur la base de plusieurs critères. L'économie réalisée s'élève à environ 150 millions d'euros intégrés à l'élaboration des ONDAM 2010 et 2011.

2 Données de cadrage

- Les grandes catégories d'établissements de santé
- Les capacités d'accueil à l'hôpital
- L'activité en hospitalisation complète et partielle
- Les autres prises en charge hospitalières
- Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens
- Les internes dans les établissements de santé
- Personnels non médicaux salariés et sages-femmes
- Les salaires dans le secteur hospitalier
- Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités

Les grandes catégories d'établissements de santé

Près de 2 750 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades en France métropolitaine et dans les DOM. Ils offrent 427 000 lits d'hospitalisation à temps complet et 60 500 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 y travaillant présentent la même hétérogénéité.

Près de 2 750 structures hospitalières offrant 427 000 lits et 60 500 places

Au 31 décembre 2009, 2 751 structures hospitalières disposent de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (comptées en places). Le nombre de lieux de soins est en réalité plus élevé car on dénombre soit des établissements géographiques, soit des entités juridiques (voir définitions). Ces structures hospitalières peuvent être de taille et de nature très différentes. Au total, elles offrent une capacité d'accueil de plus de 427 000 lits et 60 500 places (voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital »). De plus, certains établissements autorisés dispensent des soins (comptés en séances) sans avoir de capacité d'accueil. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. On dénombre à ce titre, en 2009, 117 entités juridiques de dialyse auxquelles sont rattachées 670 antennes.

Enfin, les structures hospitalières peuvent former des groupements de coopération sanitaire 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'activité de soins (voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel »).

Le nombre de structures hospitalières s'est continuellement réduit, essentiellement en raison de la disparition d'établissements géographiques de statut privé. Ces derniers ont vu leur nombre diminuer sous l'effet des réorganisations et restructurations. Ces mouvements tiennent à de nombreux facteurs, liés aussi bien à la rationalisation de la prise en charge qu'à l'amélioration de la qualité de celle-ci. Toutefois, les nouveaux modes de coopérations pourraient conduire dans les prochaines années à une augmentation du nombre d'entités juridiques

Champ

France métropolitaine et DOM. Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel, y compris hôpitaux locaux. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse (117 entités juridiques auxquelles sont rattachées 670 antennes) et de radiothérapie.

Les ESPIC se substituent de manière générale aux établissements privés à but non lucratif. Cependant, la présentation traditionnelle « établissements publics/privés à but non lucratif/privés à but lucratif » est conservée dans le reste de l'ouvrage. Par ailleurs, la

catégorie « hôpital local » n'existe plus suite à la loi HPST. Ces établissements restent cependant financés sous forme de dotation jusqu'en 2012. Dans cette fiche, ils sont comptabilisés avec les centres hospitaliers mais, dans le reste de l'ouvrage, ils constituent une catégorie à part entière.

Définitions

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

- **L'entité juridique (EJ)** qui correspond à la définition de l'entité institutionnelle de la comptabilité publique. Elle possède un conseil d'administration, une direction et est maîtresse de sa décision. Elle exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine.
- **L'entité géographique** (ou établissement, ET) correspond en général

(entités juridiques institutionnelles et entités juridiques détentrices d'autorisation).

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 966 entités juridiques publiques, coexistent trois types d'établissements qui se différencient selon leurs missions : 31 centres hospitaliers régionaux (CHR) assurent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; 828 centres hospitaliers (y compris ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie des prises en charge de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ainsi que la prise en charge et les soins pour les personnes âgées ; 90 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie (voir tableau). Enfin, les 17 « autres établissements publics » correspondent essentiellement à des centres d'imagerie et de radiothérapie. Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les établissements privés à but lucratif, au nombre de 1 051, et les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC). Ces derniers regroupent les 20 centres de lutte contre le cancer ainsi que 714 autres établissements privés à but non lucratif (voir encadré). Les cliniques privées représentent environ un cinquième des lits et places du secteur hospitalier et les ESPIC, 15 %.

Un poids du secteur privé très variable selon les régions

En termes de lits et places, le secteur public est prédominant dans l'ensemble des régions, excepté en Provence-Alpes-Côte d'azur (PACA) où il représente 46 % des capacités (voir carte). Dans cinq régions, ce secteur dispose de plus de 75 % des capacités. Il s'agit de la Champagne-Ardenne, du Limousin, de la Picardie, du Poitou-Charentes et de la Martinique. Les cliniques privées disposent de 48 % des lits et places en Corse, 38 % en PACA, mais de seulement 5 % en Alsace. La part du secteur privé à but non lucratif est très variable d'une région à l'autre : dans quelques régions, ce secteur n'est pas ou peu présent (Corse, Champagne-Ardenne, Guadeloupe, Martinique, Poitou-Charentes), alors qu'en Alsace et en Lorraine, il représente aux alentours de 25 % des lits et places.

au site de production, mais aussi éventuellement au site porteur du budget. Il dépend de l'entité juridique ; une même entité juridique ne pouvant, en théorie, donner lieu à plusieurs établissements qu'à la condition d'implantations géographiques ou de budgets différents.

- Dans le **secteur public**, une entité juridique peut regrouper plusieurs établissements se trouvant sur des sites relativement éloignés.
- Dans le **secteur privé**, la situation est en général plus simple : l'entité juridique représentant la société d'exploitation (particulier ou société) reste encore très souvent rattachée à un seul établissement géographique, malgré le développement de regroupements.
- Les **différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement ainsi que la

notion de groupement de coopération sanitaire sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Pour en savoir plus

- Bras P.-L., Pouvourville (de) G., Tabuteau D. (dir.), 2009, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po/Éditions de Santé, juin, Paris.
- Kervasdoué (de) J., 2005, *L'Hôpital*, coll. Que sais-je ?, PUF, 2^e édition.

Sources

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

TABLEAU ● Établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par catégorie d'établissements en 2009

Catégorie d'établissements	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
Public	966	271 057	36 301
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	31 (*)	77 052	8 003
Centre hospitalier (CH) (dont ancien hôpital local)	828 (*)	164 593	13 806
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	90	27 725	14 336
Autre établissement public	17	1 687	156
Établissement privé d'intérêt collectif (ESPIC)	734	59 715	11 042
Centre de lutte contre le cancer	20	2 890	699
Autre établissement privé à but non lucratif	714	56 825	10 343
Privé à but lucratif	1 051	96 460	13 203
Établissement de soins de suite et de réadaptation	316	23 778	1 748
Autre établissement privé	10	687	20
Établissement de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	572	60 265	10 781
Établissement de lutte contre les maladies mentales	140	11 021	630
Établissement de soins de longue durée	13	709	24
Ensemble	2 751	427 232	60 546

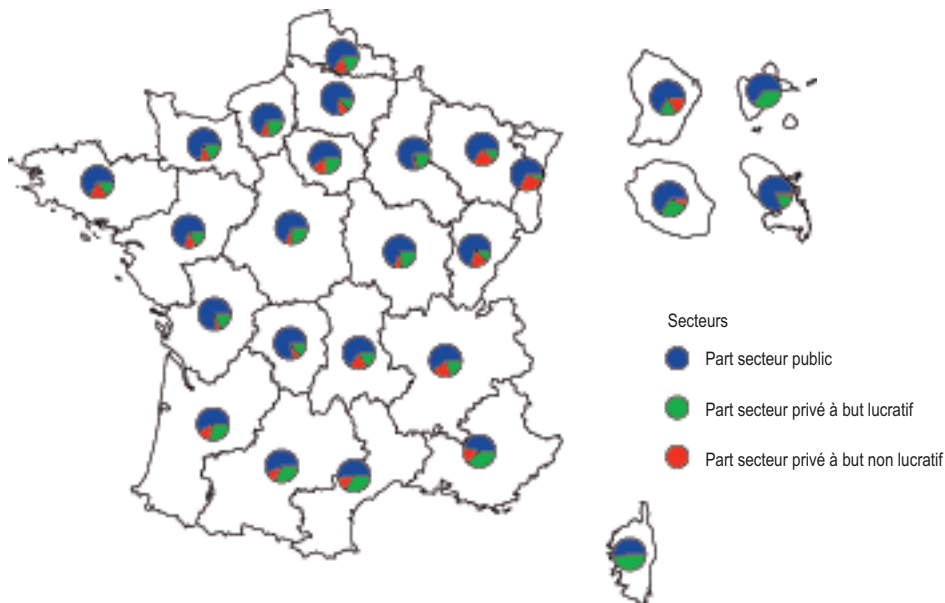
(*) Le CHR de La Réunion, regroupement du centre hospitalier Félix Guyon et du groupe hospitalier Sud Réunion, est compté dans les recueils comme deux CH distincts.

Note • Suite à la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) comportent les centres de lutte contre le cancer ainsi que les autres établissements privés à but non lucratif. Cependant, ces derniers ne se sont pas encore tous déclarés ESPIC.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

CARTE ● Répartition du nombre de lits et places au 31 décembre 2009 selon le statut juridique des établissements



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

Les capacités d'accueil à l'hôpital

En 2009, 427 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, soit une diminution de plus de 60 000 lits d'hospitalisation en onze ans. En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre en 2009 un total de 60 500 places.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 1998 et 2009, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 489 000 à 427 000. La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et a concerné la quasi-totalité des disciplines. Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) et en psychiatrie a diminué de façon importante tout au long de la période ; après une augmentation jusqu'en 2001, les capacités d'accueil en long séjour ont également diminué, en particulier suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de certaines unités. Cette baisse, particulièrement forte en 2009 devrait toutefois s'interrompre en 2010, la répartition sanitaire/médico-sociale devant en effet intervenir avant fin 2009. Seules les capacités en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ont continué d'augmenter, le nombre de lits étant passé de 91 000 en 1998 à 99 000 en 2009 (voir graphique 1).

Ce mouvement résulte d'une part de la volonté de suppression de lits excédentaires et de la réorganisation de l'offre, et traduit d'autre part l'évolution structurelle des formes de prise en charge qui se tournent de plus en plus vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

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

Depuis la seconde moitié des années 1980, une transformation des modes de prise en charge est en effet intervenue à la faveur de l'hospitalisation à temps partiel suite aux innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) ont pu être effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet. Entre 1998 et 2009, il s'est ainsi créé plus de 10 500 places d'hospitalisation à temps partiel en MCO, venant compléter les 14 000 places

déjà existantes (voir graphique 2). En psychiatrie, le nombre de places a faiblement augmenté depuis 1998 (+2 000 places seulement, soit une augmentation moyenne de 0,7 % par an). Dans cette discipline, si le recours à l'hospitalisation partielle est ancien dans les secteurs public et privé à but non lucratif, l'émergence de ce type de structures dans les cliniques privées est récente mais n'a que peu d'influence sur le nombre total de places. En moyen séjour, et en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, près de 3 800 places ont été créées en onze ans.

La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. En 2009, 42 % des places d'hospitalisation à temps partiel en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont offertes par les cliniques, en particulier en anesthésie et en chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif regroupent près de la moitié des capacités d'hospitalisation à temps partiel en moyen séjour, et 18 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 80 % des places en psychiatrie ainsi que 48 % des places en court séjour avec une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique.

Les disparités régionales continuent à se réduire

Toutes disciplines confondues, le nombre de lits pour 10 000 habitants varie de 34 pour La Réunion à 87 en Auvergne (voir carte 1) et le nombre de places de 1,8 en Guyane à 13,5 dans le Limousin (voir carte 2). Le Limousin est la seule région à disposer à la fois d'une très forte densité en lits comme en places. À l'opposé, la Guyane apparaît sous-dotée pour les deux types de capacités.

L'ampleur des disparités de lits et places entre régions varie selon la discipline : elles sont très faibles en court séjour (coefficient de variation [CV] de 0,12), un peu plus importantes en psychiatrie ou en moyen séjour (CV de 0,26 et 0,23). Toutefois, les disparités entre régions se sont fortement réduites ces dernières années.

Champ

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

Définitions

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

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

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

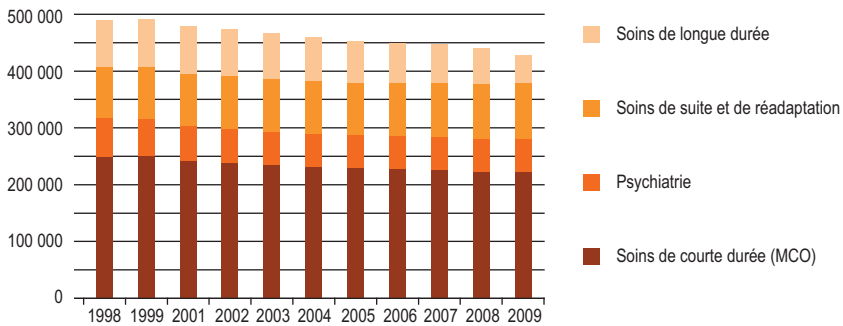
• **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et places installés au 31 décembre 2009, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés.

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

Sources

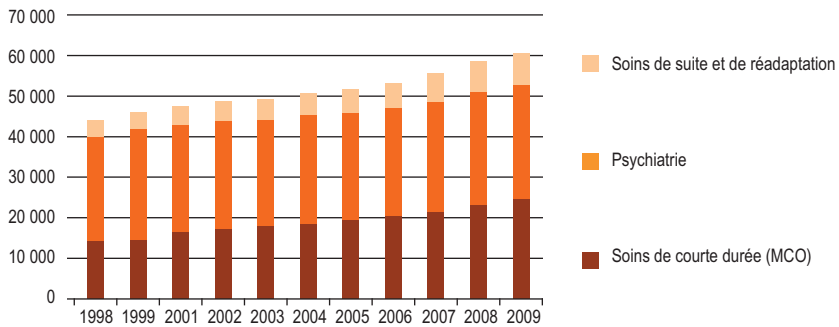
La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution du nombre de lits en hospitalisation complète



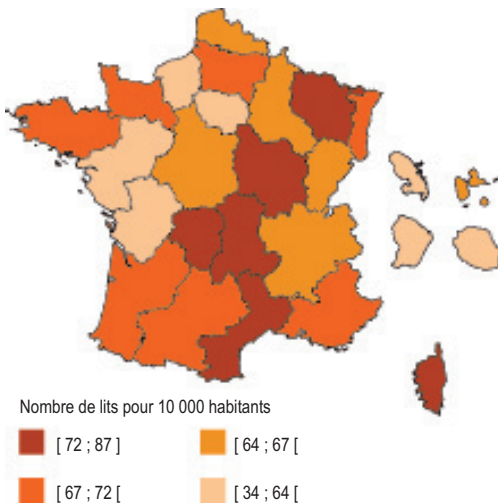
Note • En 1998, les lits de toxicologie ont été comptés avec la psychiatrie.
Suite à la refonte de la SAE en 2000, une rupture de série intervient entre 1999 et 2000.
Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, SAE 1997-2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution du nombre de places en hospitalisation partielle



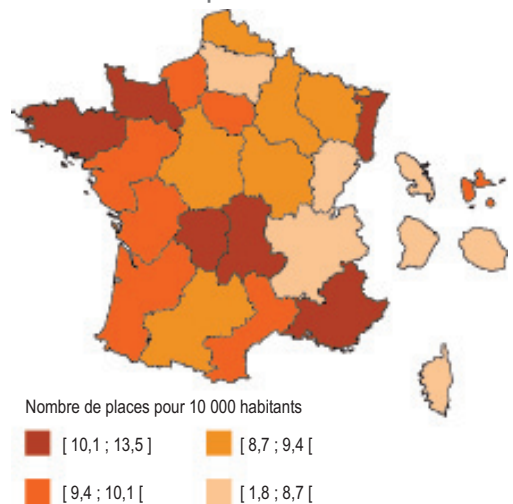
Note • En 1998, les places de toxicologie ont été comptées avec la psychiatrie.
Suite à la refonte de la SAE en 2000, une rupture de série intervient entre 1999 et 2000.
Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, SAE 1997-2009, traitements DREES.

CARTE 1 ● Densité de lits en France en 2009



Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES ; INSEE, estimations localisées de la population au 1^{er} janvier 2009 (données provisoires).

CARTE 2 ● Densité de places en France en 2009



Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES ; INSEE, estimations localisées de la population au 1^{er} janvier 2009 (données provisoires).

L'activité en hospitalisation complète et partielle

En France métropolitaine et dans les DOM, le secteur hospitalier a pris en charge en 2009 plus de 25 millions de séjours, dont plus de la moitié ont duré moins d'un jour. Ces derniers prennent une part de plus en plus importante dans l'activité, notamment en moyen séjour. Le nombre de journées d'hospitalisation diminue de 4 %, suite à une forte baisse en soins de longue durée. La variété des portefeuilles d'activité des établissements par mode de prise en charge et grande discipline donne une première image de leur spécialisation.

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

Au cours de l'année 2009, les établissements de santé ont pris en charge 25,4 millions de séjours répartis en 12,0 millions d'hospitalisations à temps complet et 13,4 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins de un jour (voir tableau). La répartition des séjours selon les grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) concerne 87 % des prises en charge, le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) 8 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée représentent maintenant une part négligeable de l'activité. Près de 40 % des hospitalisations à temps partiel relèvent de la psychiatrie, secteur dans lequel les alternatives à l'hospitalisation ont été développées depuis les années 1970. Les soins de courte durée représentent quant à eux 44 % des venues et le moyen séjour 17 %.

Évolution progressive des modes de prise en charge

Depuis une vingtaine d'années, on enregistre une diminution de l'activité d'hospitalisation à temps complet, même si le nombre d'entrées en hospitalisation complète s'est globalement stabilisé ces dernières années (-0,2 % en 2009). Dans le même temps, se sont développées les prises en charge à temps partiel, avec des disparités toutefois selon le statut juridique et la discipline d'équipement. En 2009, l'activité à temps partiel a augmenté dans l'ensemble de 3,5 % : +11,3 % en moyen séjour, +3 % en médecine, chirurgie et obstétrique et +0,9 % en psychiatrie.

Diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

L'activité de soins de longue durée, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre d'entrées, est en très fort recul en 2009 (-24,3 %), avec 17 millions de journées. Après une augmentation jusqu'en 2001, l'activité a diminué dans cette discipline, suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2009, en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (0,3 % des séjours).

Définitions

• **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins de un jour** : en médecine, chirurgie et obstétrique, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en « hospitalisation de moins de un jour », également appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour supérieur à un jour est classé en hospitalisation de plus de un jour, encore appelée hospitalisation complète. Dans les autres disciplines, les séjours sont

(EHPAD) de certaines unités. Cette baisse devrait toutefois s'interrompre d'ici à 2010, la répartition entre le sanitaire et le médico-social devant en effet intervenir avant fin 2009.

Le nombre de journées d'hospitalisation continue d'augmenter en moyen séjour (+2,3 %), mais diminue en médecine, chirurgie, obstétrique (-0,7 %) et en psychiatrie (-0,5 %).

Globalement, rapporté à la population, le nombre de journées en MCO est assez concentré (voir carte). Mises à part La Réunion (6 457 journées pour 10 000 habitants), la Guyane (moins de 8 000) et le Limousin (plus de 12 000), les autres régions enregistrent toutes entre 8 500 et moins de 11 000 journées pour 10 000 habitants. Si le Limousin compte parmi les régions les plus âgées avec 29 % de ses habitants âgés de 60 ans ou plus, la Guyane et La Réunion, au contraire, sont les deux régions les plus jeunes avec seulement 6 et 12 % de leurs habitants ayant plus de 60 ans. Or, c'est surtout après 65 ans que le taux d'hospitalisation en MCO augmente fortement (voir la fiche « Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle »).

Une structure d'activités qui varie selon le statut des établissements

La structure d'activités, tant en termes de grande discipline que de mode de prise en charge, varie sensiblement selon le statut juridique des établissements de santé (voir graphique). Les soins de courte durée en hospitalisation complète et partielle sont essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques privées. Les établissements publics et privés à but non lucratif accueillent la plus grande partie des séjours psychiatriques, notamment à temps partiel. Chaque type d'établissements assure une proportion presque équivalente des soins de moyen séjour ; les établissements privés à but non lucratif prennent toutefois une forte part dans les soins de suite et de réadaptation à temps partiel et les établissements publics dans ceux à temps complet. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation sont confirmées et amplifiées lorsque l'on analyse la répartition des activités par pathologie ou par acte médical (voir les fiches « La spécialisation en médecine », « La spécialisation en chirurgie », « La spécialisation en obstétrique »).

classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation (hospitalisation complète ou hospitalisation partielle).

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

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospi-

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

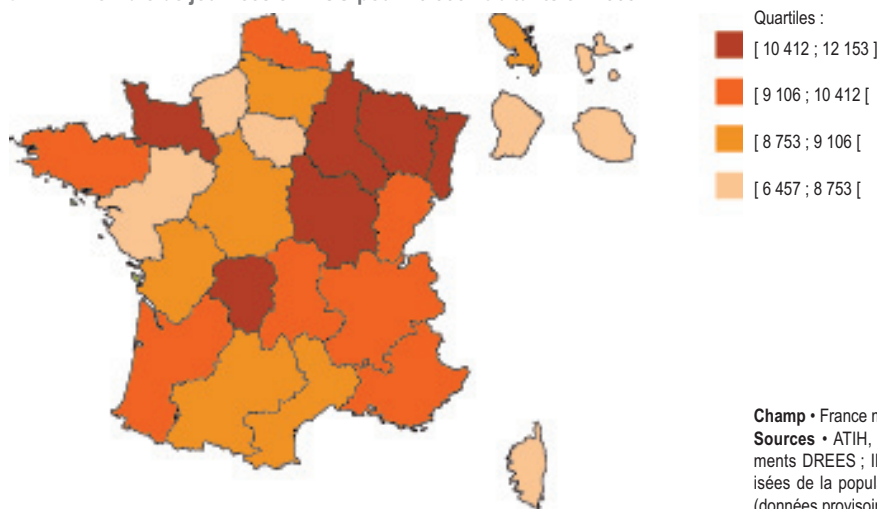
Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DGOS et l'ATIH fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

TABLEAU ● Nombre de journées et de séjours (entrées et venues) par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2009

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble de établissements	
	2009	Évolution 2008-2009	2009	Évolution 2008-2009	2009	Évolution 2008-2009	2009	Évolution 2008-2009
Venues en hospitalisation partielle	7 116 484	0,4 %	2 508 825	4,0 %	3 820 441	9,3 %	13 445 750	3,5 %
Soins de court séjour (MCO)	2 525 712	-0,1 %	450 622	-0,2 %	2 938 572	6,3 %	5 914 906	3,0 %
Psychiatrie	3 987 893	-0,6 %	1 011 316	4,1 %	201 513	17,5 %	5 200 722	0,9 %
Soins de suite et de réadaptation	602 879	10,2 %	1 046 887	5,9 %	680 356	21,8 %	2 330 122	11,3 %
Entrées en hospitalisation complète	7 492 560	0,7 %	1 171 455	-0,8 %	3 309 486	-1,9 %	11 973 501	-0,2 %
Soins de court séjour (MCO)	6 638 773	0,8 %	841 501	-1,1 %	2 896 329	-2,4 %	10 376 603	-0,3 %
Psychiatrie	438 931	-1,5 %	65 477	0,6 %	114 468	1,8 %	618 876	-0,7 %
Soins de suite et de réadaptation	388 985	3,0 %	262 479	-0,1 %	297 769	2,3 %	949 233	1,9 %
Soins de longue durée	25 871	-16,6 %	1 998	-20,5 %	920	1,9 %	28 789	-16,4 %
Journées en hospitalisation complète	81 191 749	-5,7 %	17 186 405	-3,0 %	27 090 732	0,7 %	125 468 886	-4,0 %
Soins de court séjour (MCO)	41 374 780	-0,4 %	4 808 420	-1,2 %	13 347 524	-1,7 %	59 530 724	-0,7 %
Psychiatrie	12 186 784	-1,1 %	2 305 426	-1,3 %	4 005 004	1,8 %	18 497 214	-0,5 %
Soins de suite et de réadaptation	12 525 544	2,3 %	8 778 749	-0,1 %	9 479 603	4,5 %	30 783 896	2,3 %
Soins de longue durée	15 104 641	-24,4 %	1 293 810	-25,4 %	258 601	-13,6 %	16 657 052	-24,3 %

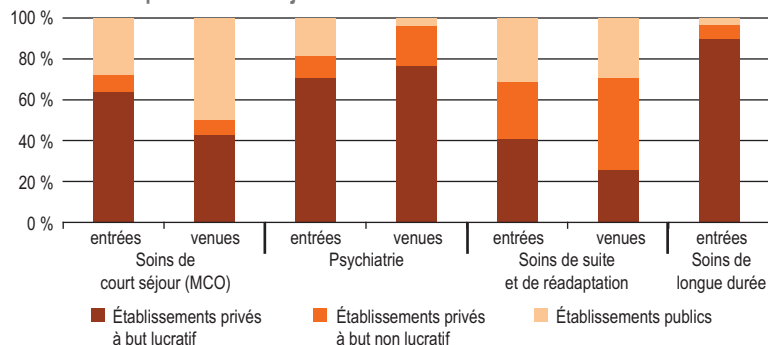
Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2008-2009, traitements DREES, pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2008-2009, traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

CARTE ● Nombre de journées en MCO pour 10 000 habitants en 2009


Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES ; INSEE, estimations localisées de la population au 1^{er} janvier 2009 (données provisoires).

GRAPHIQUE ● Répartition des séjours en 2009


Note • Entrées pour l'hospitalisation à temps complet ; venues pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'en hospitalisation complète.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009 traitements DREES, pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2009 traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

Les autres prises en charge hospitalières

Les établissements de santé ont réalisé en 2009 plus de 13 millions de séjours en hospitalisation à temps partiel en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en psychiatrie et en moyen séjour, pour un total d'environ 60 500 places. À ces prises en charge, il faut ajouter plus de 13,5 millions de séances ou de préparations de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse ainsi que des séjours en hospitalisation à domicile.

Les alternatives à l'hospitalisation complète

La fermeture de lits d'hospitalisation complète traduit, avec un léger décalage dans le temps, la transformation des modes de prise en charge intervenue 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). Au fur et à mesure de l'apparition de ces progrès, un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) ont pu être effectuées en toute sécurité en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 consacre cette évolution en prévoyant explicitement la création de structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète.

Les alternatives à l'hospitalisation complète (voir définitions) comprennent les activités de soins dispensées par les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires (voir la fiche « L'activité en hospitalisation complète et partielle »). Les structures d'hospitalisation à domicile (voir les fiches correspondantes) assurent également des prises en charge intermédiaires entre l'établissement de santé et la médecine de ville (voir tableau 1).

Jusqu'en 2006, l'hospitalisation de moins d'un jour a connu une progression considérable. En 2007, les modifications du codage des prises en charge – liées à la circulaire sur les actes frontières et à l'arrêt sur les forfaits « sécurité-environnement » (SE) – ont eu pour effet de conduire à une baisse très nette de l'hospitalisation partielle par rapport à 2006, au profit notamment des consultations externes (non étudiées dans cette fiche). Entre 2007 et 2008, il est toujours difficile de mesurer une évolution à champ constant. Entre 2008 et 2009, cette comparaison est de nouveau possible, et permet de constater une dynamique importante de l'hospitalisation partielle en court séjour, qui augmente de 3 % tous secteurs confondus.

Les séances

Par ailleurs, on comptabilise, en France métropolitaine et dans les DOM, des traitements et cures ambulatoires, en particulier 4,3 millions de préparations de chimiothérapie, 5,3 millions de séances de dialyse et 4,0 millions de radiothérapie (voir tableau 2). La grande majorité (92 %) des séances de radiothérapie sont réalisées en ambulatoire et principalement dans

Champ

Activités alternatives à l'hospitalisation à temps complet ayant fonctionné en 2009 en France métropolitaine et dans les DOM (sauf pour les urgences et l'hospitalisation à domicile). Les consultations externes déclarées par les établissements de santé ne sont pas comptées.

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 les traitements contre le cancer.

• **Radiothérapie :** ce traitement consiste à utiliser des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses. La radiothérapie ne concerne pas uniquement le cancer mais, en pratique, son utilisation

est clinique privée. Le secteur public occupe, quant à lui, une place prépondérante dans l'activité de chimiothérapie. En effet, 49 % des préparations délivrées le sont dans ce secteur. Les vingt centres de lutte contre le cancer prennent également en charge une partie importante de l'activité de radiothérapie et de chimiothérapie. En effet, ces établissements ont délivré près de 14 % des préparations de chimiothérapie et réalisé 19 % des séances de radiothérapie.

Enfin, environ 500 000 personnes ont été transfusées (données Établissement français du sang).

Les autres traitements et cures ambulatoires sont notamment réalisés par du personnel non médical. Ils concernent essentiellement les prises en charge en psychiatrie (psychologues, infirmières, etc.) et en réadaptation fonctionnelle (kinésithérapie, etc.).

Les consultations mémoires

En lien avec la mise en place du Plan Alzheimer 2008-2012, 557 entités ayant une activité de médecine ou de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) déclarent avoir une consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en France métropolitaine et dans les DOM. Ces consultations ont accueilli quelque 200 000 patients différents au cours de l'année 2009, dont environ la moitié (106 000) sont nouveaux.

Les soins palliatifs

En France métropolitaine et dans les DOM, on comptabilise, en 2009, 110 unités de soins palliatifs (USP) ; celles-ci totalisent 1 191 lits (voir tableau 3). Ces unités sont présentes en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) ou en moyen séjour (voir la fiche « L'offre et la prise en charge en soins palliatifs à l'hôpital »). Par ailleurs, 4 871 lits sont identifiés en soins palliatifs, mais hors USP. Enfin, 386 équipes mobiles spécifiques de soins palliatifs (EMSP) se déplacent au lit des malades, auprès des soignants, voire interviennent au domicile ou dans d'autres structures. Elles ont un rôle de conseil et de soutien et ne pratiquent pas de soins.

Les urgences

En France métropolitaine, les urgences ont accueilli près de 17 millions de passages en 2009. Les urgences ainsi que d'autres formes de prise en charge ambulatoire à l'hôpital (en particulier la psychiatrie) font l'objet de fiches spécifiques (voir chapitre 5).

pour des affections non cancéreuses est faible.

• **Le nombre de passages aux urgences** pour l'année inclut l'ensemble des arrivées quels que soient les modes d'arrivée et les modes de sortie.

• **Les centres de lutte contre le cancer (CLCC)** sont au nombre de 20 et sont répartis dans 16 régions françaises. Ils assurent des missions de soins, de recherche et d'enseignement, et sont spécialisés en cancérologie.

Pour en savoir plus

• Baubeau D., Carrasco V., Mermil-

liod C., 2005, « L'activité de radiothérapie en 2002 », *Études et Résultats*, n° 387, mars, DREES.

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

Sources

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

TABLEAU 1 ● **Activité et capacités pour les alternatives à l'hospitalisation complète**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Venues/Séjours (en milliers) (1)	Places	Venues/Séjours (en milliers) (1)	Places	Venues/Séjours (en milliers) (1)	Places	Venues/Séjours (en milliers) (1)	Places
Hospitalisation partielle en MCO								
<i>dont médecine</i>	1 717 376	7 870	255 315	1 308	1 329 645	2 127	3 302 336	11 305
<i>dont anesthésie-chirurgie</i>	567 792	3 046	180 903	1 083	1 547 069	8 266	2 295 764	12 395
<i>dont gynécologie-obstétrique</i>	240 545	979	14 404	29	61 858	39	316 807	1 047
Total	2 525 712	11 895	450 622	2 420	2 938 572	10 432	5 914 906	24 747
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	3 987 893	22 304	1 011 316	5 024	201 513	655	5 200 722	27 983
Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	602 879	2 102	1 046 887	3 598	680 356	2 116	2 330 122	7 816
Total	9 642 196	48 196	2 959 447	13 462	6 759 013	23 635	19 360 657	85 293
Hospitalisation à domicile (2) (HAD) (données hors DOM)	52 980	3 160	75 670	6 280	7 610	930	136 260	10 370

(1) On parle de séjours en hospitalisation à domicile et de venues pour les autres alternatives à l'hospitalisation complète.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES, pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2009, traitements DREES, pour les disciplines hors MCO.

(2) **Champ** • France métropolitaine.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2009, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● **Nombre de séances ou de préparations en 2009 selon le statut de l'établissement**

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif, dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Chimiothérapie				
Nombre de venues en chimiothérapie	844 551	359 112	723 744	1 927 407
Nombre de préparations de chimiothérapie délivrées	2 109 155	860 321	1 317 655	4 287 131
Radiothérapie				
Nombre de séances sur malades ambulatoires	919 491	838 671	1 882 060	3 640 222
Nombre de séances sur malades hospitalisés	60 711	61 949	204 332	326 992
Nombre total de séances	980 202	900 620	2 086 392	3 967 214
Dialyse				
Nombre de séances	1 493 177	1 980 453	1 860 372	5 334 002
Nombre total de séances ou de préparations	4 582 534	3 741 394	5 264 419	13 588 347

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

TABLEAU 3 ● **Répartition des structures d'accueil en soins palliatifs selon le statut de l'établissement en 2009**

	Effectif total	Répartition selon le statut de l'établissement		
		Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Unités de soins palliatifs (USP)	110	59 %	28 %	13 %
<i>Nombre de lits dans les USP</i>	1 191	48 %	41 %	11 %
Équipes mobiles spécifiques de soins palliatifs (EMSP)	386	81 %	13 %	6 %
Nombre de lits identifiés « soins palliatifs » hors USP	4 710	58 %	25 %	17 %

Note • Le décompte dans ce tableau est réalisé au niveau des établissements géographiques et non pas au niveau des entités juridiques.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens

En 2009, le nombre d'emplois médicaux (y compris internes) dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM s'établit à 177 000 (+2,5 % par rapport à 2008). Les établissements publics concentrent les deux tiers de ces emplois. La progression du nombre d'emplois salariés se poursuit dans tous les secteurs. L'emploi libéral augmente également (+1,2 %) après être resté stable en 2007 et 2008.

Progression des emplois médicaux dans les secteurs public et privé à but lucratif

En 2009, les emplois médicaux des établissements de santé sont au nombre de 177 000 : 109 000 salariés, 43 000 praticiens libéraux et 25 000 internes et assimilés. Le nombre de postes de médecins, odontologistes et pharmaciens salariés augmente entre 2008 et 2009 (+1,9 %), tout comme celui des praticiens libéraux (+1,2 %) (voir tableau 1). Deux tiers des emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics, 23 % des cliniques privées et 10 % des établissements privés à but non lucratif.

Le secteur public compte, en 2009, 92 500 emplois médicaux salariés, soit une hausse de +1,7 % par rapport à 2008. Cette augmentation est identique (+1,6 %) en emplois équivalents temps plein (ETP) (voir tableau 2). Par ailleurs le nombre d'internes et assimilés augmente toujours, conformément à la hausse continue du nombre de postes ouverts lors des épreuves classantes nationales (ECN). À l'hôpital, ils représentent plus de 23 000 emplois, c'est-à-dire 20 % des emplois médicaux. Enfin, environ 2 300 professionnels libéraux exercent dans les établissements publics.

Dans les cliniques privées, les emplois médicaux sont plus nombreux qu'en 2008 (+2,4 %). Les emplois salariés augmentent de 6,2 % et les libéraux de 2,3 %, après une baisse de 0,8 % l'année précédente. Ce résultat est cependant difficile à interpréter. En effet, les médecins libéraux sont très souvent présents dans plusieurs établissements. Ils sont alors comptés

Champ

Personnel médical des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM.

Définitions

• **Le personnel médical** est composé de médecins, d'odontologistes et de pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction (FFI : faisant fonction) qui sont en formation.

• **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaille 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. S'agissant des médecins libéraux, on dispose uniquement de l'information sur le caractère « exclusif » ou non de l'exercice, c'est-à-dire sur le fait qu'ils interviennent sur un seul éta-

blissement ou non (en sus de leur activité en cabinet).

Lorsque leur contrat de travail ou leur statut leur permet, les médecins salariés (notamment attachés) peuvent exercer dans des hôpitaux différents.

Les sources actuelles ne permettent pas d'évaluer les doubles comptes. De ce fait, ce sont davantage des emplois que des effectifs qui sont comptabilisés. Une baisse des emplois à l'occasion de restructurations par exemple ne se traduit pas forcément par une baisse du nombre de personnes employées.

• **Spécialité principale d'exercice** : cette notion renvoie à la spécialité reconnue par la Sécurité sociale pour les médecins libéraux et correspond généralement à l'intitulé du poste occupé par les salariés. Les médecins qui partagent leur temps entre deux activités sont classés dans la spécialité principale.

• **L'exercice salarié à l'hôpital** à temps plein ou à temps partiel relève

autant de fois qu'ils interviennent dans des établissements différents. Ainsi, la hausse du nombre de professionnels libéraux enregistrée cette année pourrait refléter une mutualisation du personnel libéral plus importante en 2009 qu'en 2008.

Dans les établissements privés à but non lucratif, les emplois médicaux se stabilisent (+0,2 %). Les emplois salariés, qui représentent 70 % des emplois, sont en hausse (+1,5 %). Ceux des libéraux diminuent de 5,7 %, tandis que les internes et assimilés enregistrent quant à eux une hausse de 7 %.

La médecine générale et les spécialités médicales mobilisent près de 60 % des praticiens

Près de 60 % des emplois de praticiens exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé sont dédiés, à temps plein ou à temps partiel, à la médecine générale et à des spécialités médicales (anesthésie, réanimation, pédiatrie, etc.), quel que soit le secteur dans lequel ils interviennent (voir tableau 3). Toutefois 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 (3 postes sur 5) que dans les cliniques privées (4 postes sur 7). Celles-ci se consacrent en effet d'avantage à la chirurgie (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie »). Quant à la moindre proportion des emplois de praticiens consacrés à la biologie médicale et la radiologie dans le secteur privé, elle traduit une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux mêmes des établissements.

de différents statuts : il s'agit principalement de médecins ayant le titre de praticiens hospitaliers admis sur concours et de praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH) qui partagent leur activité entre le soin, l'enseignement et la recherche (par convention, ils sont comptabilisés pour 0,5 ETP pour la partie soins). Les médecins-assistants sont recrutés sur des contrats à durée déterminée ; à l'issue de ce contrat, certains resteront à l'hôpital, d'autres s'orienteront vers le secteur libéral. Les médecins attachés sont des médecins vacataires travaillant à temps partiel (1 à 8 vacations hebdomadaires maximum) et qui peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.

Pour en savoir plus

• Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2010, *Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*, Tome 1, Rapport 2010-2011.

• Observatoire national de la démographie des professions de santé,

2009, *Le renouvellement des effectifs médicaux*, Tome III, Rapport 2008-2009.

• Fauvet L., 2010, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009 », *Études et Résultats*, n° 720, février, DREES.

• Vanderschelden M. et Attal-Toubert K., 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 12, DREES.

Sources

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

TABLEAU 1 ● Les emplois médicaux dans les établissements de santé en 2009

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2009	Évolution 2008-2009	2009	Évolution 2008-2009	2009	Évolution 2008-2009	2009	Évolution 2008-2009
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens								
Salariés	92 533	1,7 %	12 389	1,5 %	4 400	6,2 %	109 322	1,9 %
Libéraux	2 292	-3,5 %	3 870	-5,7 %	37 148	2,3 %	43 310	1,2 %
Total	94 825	1,6 %	16 259	-0,4 %	41 548	2,7 %	152 632	1,7 %
Internes	19 941	7,8 %	1 160	11,6 %	4	33,3 %	21 105	8,0 %
Faisant fonction d'internes (FFI)	3 296	5,9 %	300	-6,8 %	-	-	3 596	4,7 %
Total internes et FFI	23 237	7,5 %	1 460	7,0 %	4	33,3 %	24 701	7,5 %
Total	118 062	2,7 %	17 719	0,2 %	41 552	2,4 %	177 333	2,5 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008-2009, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Répartition par statut en équivalent temps plein (ETP) des emplois médicaux salariés dans les établissements publics en 2009

	2009	Évolution 2008-2009
Emploi total des salariés	92 533	1,7 %
ETP des hospitalo-universitaires titulaires *	3 095	-1,0 %
ETP des praticiens hospitaliers	38 651	1,5 %
ETP des assistants	3 740	0,6 %
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 003	-3,7 %
ETP des attachés	9 927	-1,5 %
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	6 011	12,4 %
Total des ETP salariés	63 427	1,6 %

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

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008-2009, traitements DREES.

TABLEAU 3 ● Les emplois médicaux dans les établissements de santé en 2009, selon la spécialité

Spécialité	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Structure en %
Médecine générale	14 517	2 317	2 541	19 375	12,7 %
Anesthésie réanimation	7 479	1 091	3 673	12 243	8,0 %
Pédiatrie	3 855	426	626	4 907	3,2 %
Autres spécialités médicales	30 362	6 277	16 496	53 135	34,8 %
Gynécologie-obstétrique	4 066	524	1 827	6 417	4,2 %
Spécialités chirurgicales	11 468	2 250	11 805	25 523	16,7 %
Biologie médicale	5 007	317	1 170	6 494	4,3 %
Psychiatrie	8 108	1 536	1 154	10 798	7,1 %
Pharmacie	3 681	909	1 371	5 961	3,9 %
Autres	6 282	612	885	7 779	5,1 %
Total	94 825	16 259	41 548	152 632	100,0 %

Lecture • 12,7 % des emplois médicaux en établissement de santé concernent la médecine générale en 2009.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008-2009, traitements DREES.

Les internes dans les établissements de santé

Fin 2009, 21 100 étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sont affectés, dans le cadre de leur internat, dans des établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, soit une augmentation de 8 % par rapport à 2008. Le nombre de faisant fonction d'internes (FFI), quant à lui, augmente de 5 % après de fortes baisses les années précédentes. Les internes sont principalement accueillis dans les établissements publics, avec plus d'un interne sur deux en centre hospitalier universitaire (CHU). La majorité travaille en court séjour, à savoir en médecine, chirurgie et obstétrique.

Davantage d'internes en médecine

Les études de médecine, pharmacie et odontologie sont composées de trois cycles. Pour les étudiants de médecine, le troisième cycle s'effectue obligatoirement dans le cadre d'un internat. À l'inverse, pour les futurs pharmaciens et odontologistes, ce statut n'est pas systématique et il est même marginal pour les odontologistes. De ce fait, fin 2009, plus de neuf internes sur dix (91,6 %) sont inscrits en médecine (voir tableau 1), ceux inscrits en odontologie en représentent moins de 1 %. Cette répartition reflète celle des professions médicales (hors sages-femmes) exerçant à temps plein au sein des hôpitaux publics et privés à but non lucratif : 95 % des « temps plein » (y compris hospitalo-universitaires) sont des médecins. Le nombre d'internes par praticien hospitalier à temps plein est d'environ 4 pour 6 en pharmacie et 1 pour 3 en médecine.

En 2009, le nombre d'internes a augmenté fortement par rapport à 2008 (+8 %). Cette progression concerne toutes les spécialités mais est plus marquée en médecine (+8,3 %) qu'en pharmacie (+5,1 %). Après une diminution de 17,5 % en 2007 puis de 6,4 % en 2008, le nombre de médecins diplômés en cours de formation complémentaire « faisant fonction d'internes » (FFI) augmente de 5 % en 2009. Cependant, ils ne représentent que 15 % de l'ensemble des internes titulaires en médecine et FFI, contre 16 % en 2008 et 17,5 % en 2007. Ces mouvements sont liés à la hausse des internes titulaires consécutive à l'augmentation du numerus clausus en médecine, qui rend de moins en moins fréquent le recours à d'autres catégories de médecins pour effectuer les tâches dévolues aux internes.

Des internes et FFI accueillis en établissements publics, principalement dans les CHU

Quelles que soient leur filière et leur spécialité, la grande majorité des étudiants font leur internat dans des établissements publics, et plus particulièrement dans les CHU (59 %) (voir tableau 2). Seuls 5,5 % des internes sont accueillis en établissements privés à but non lucratif ; les centres de lutte contre le cancer (CLCC) accueillent près de 40 % des internes travaillant dans ces établissements. Cette répartition des internes dépend de la localisation des services agréés, lesquels se situent majoritairement dans les CHU, les centres hospitaliers (CH) de grande taille (au moins 300 lits) et, dans une moindre mesure, les CLCC. Par ailleurs, comme les internes, les FFI exercent principalement dans le secteur

Champ

Internes des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM en fonction au mois de décembre. Ne sont comptabilisés que les établissements comportant au moins un interne, quel que soit le nombre de FFI (faisant fonction d'internes). Les cliniques privées ne sont ainsi pas prises en compte dans les calculs.

Définitions

Les faisant fonction d'internes (FFI) : ce sont le plus souvent des

médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquies une spécialisation complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, assurent des fonctions d'interne. En effet, l'exercice en France de ces médecins est conditionné à une autorisation. À défaut, ces médecins ne peuvent exercer des fonctions hospitalières que s'ils sont inscrits à des formations universitaires et uniquement dans des établissements hospitaliers publics.

public avec près d'un FFI sur deux en CHU.

La répartition des internes par catégorie d'établissements reflète celle des médecins, pharmaciens et odontologistes à temps plein, plus nombreux dans les CHU et les CH de grande taille. Cependant, le nombre d'internes par praticien salarié à temps plein est 12 fois plus élevé dans un CHU que dans un grand CH.

Cette distribution suit aussi, mais dans une moindre mesure, l'activité hospitalière mesurée en entrées : si les CHU et les CH de grande taille, qui accueillent près de 84,6 % des internes, représentent aussi la majorité des entrées (76 %), la répartition des internes entre ces deux catégories n'est pas proportionnelle à l'activité observée. Les CH de grande taille représentent en effet 45 % des entrées en 2009 mais n'accueillent qu'un quart des internes. De ce fait les CHU, pour un même nombre d'entrées en hospitalisation complète, comptabilisent plus d'internes.

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

La majorité des internes et des FFI (61 %) effectuent leur formation au sein de services appartenant à la discipline d'équipement « médecine, chirurgie et obstétrique – MCO » (voir tableau 3), 26 % au sein des « autres disciplines de la section hôpital ». Ces autres disciplines correspondent à l'anesthésie-réanimation, à l'imagerie et aux explorations fonctionnelles, aux urgences, à la biologie médicale, à la pharmacie ainsi qu'à l'épidémiologie et à la santé publique. Seuls 8,9 % des internes exercent en service psychiatrique ou en service de moyen séjour (soins de suite et réadaptation) ou encore en soins de longue durée. Plus de la moitié (55,2 %) des internes en services psychiatriques travaillent dans des centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS) et 29,1 % en CHU (voir tableau 4). Là encore, pour un même nombre d'entrées, les services de psychiatrie des CHU comptabilisent trois fois plus d'internes que les CHS. Les médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers en équivalent temps plein travaillent également en grande partie en MCO (50,2 %) et dans les autres disciplines de la section hôpital (35 %). Le nombre d'internes et de FFI par praticien hospitalier à temps plein est d'ailleurs plus important en MCO qu'en psychiatrie, moyen séjour et soins de longue durée (0,51 en MCO contre 0,27 en moyenne pour les autres disciplines). Cependant, pour un même nombre d'entrées, les internes sont moins nombreux dans les services de MCO que dans les autres services.

Pour en savoir plus

- Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2010, *Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*, Tome 1, Rapport 2010-2011.
- Fauvet L., 2010, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009 », *Études et Résultats*, n° 720, février, DREES.
- Vanderschelden M. et Attal-Toubert K., 2009, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales

détaillées », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 12, DREES.

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipement, personnel). Cette source de données ne rend donc pas compte des internes effectuant des stages extra-hospitaliers.

TABLEAU 1 ● Les emplois médicaux dans les établissements de santé en 2009, selon la spécialité

Spécialités	Internes			Personnel médical à temps plein (hors libéraux)		Ratio interne / personnel médical à temps plein
	Effectifs	%	Évolution 2008-2009	Effectif	%	
Pharmacie	1 663	7,9 %	5,1 %	2 422	4,3 %	0,69
Odontologie	115	0,5 %	1,8 %	392	0,7 %	0,29
Médecine (médecine générale et spécialité de médecine)	19 327	91,6 %	8,3 %	53 598	95,0 %	0,36
Total	21 105	100,0 %	8,0 %	56 412	100,0 %	0,37

Lecture • Un pharmacien forme deux fois plus d'internes qu'un médecin.

Champ • Établissements de France métropolitaine et des DOM accueillant des internes.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Les emplois médicaux salariés dans les établissements de santé en 2009, selon la spécialité et la catégorie d'établissements

Spécialités		Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif	dont centres de lutte contre le cancer	Ensemble des établissements
		Centres hospitaliers universitaires	Centres hospitaliers de grande taille (au moins 300 lits)	Autres établissements publics (y compris CHS**)			
Internes	Effectifs	12 463	5 398	2 080	1 164*	457	21 105
	%	59,1 %	25,6 %	9,9 %	5,5 %	2,2 %	100,0 %
Faisant fonction d'internes (FFI)	Effectifs	1 711	1 180	405	300	73	3 596
	%	47,6 %	32,8 %	11,3 %	8,3 %	2,0 %	100,0 %
Total du personnel médical salarié à temps plein	Effectifs	23 544	19 970	9 667	3 231	1 190	56 412
	%	41,7 %	35,4 %	17,1 %	5,7 %	2,1 %	100,0 %
Entrées	Nombre	2 712 431	3 944 895	1 461 247	640 460	157 390	8 759 033
	%	31,0 %	45,0 %	16,7 %	7,3 %	1,8 %	100,0 %
Ratio internes / personnel médical à temps plein		0,53	0,27	0,22	0,36	0,38	0,37
Ratio internes / 100 entrées		0,46	0,14	0,14	0,18	0,29	0,24

Lecture • Rapporté à un même nombre d'entrées, les CHU et les CLCC forment plus d'internes que les autres établissements de santé.

* Sont compris dans les internes des établissements privés à but non lucratif, les quatre internes d'un établissement privé à but lucratif participant au service public hospitalier.

** CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales.

Champ • Établissements de France métropolitaine et des DOM accueillant des internes.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

TABLEAU 3 ● Les emplois médicaux salariés dans les établissements de santé en 2009, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation

Disciplines	Internes et FFI		Personnel médical (1) salarié		Ratio internes / personnel médical salarié
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques	1 001	4,1 %	459	0,8 %	2,18*
Médecine, chirurgie et obstétrique	14 944	60,9 %	29 585	50,2 %	0,51
Psychiatrie	1 542	6,3 %	6 579	11,2 %	0,23
Soins de suite et de réadaptation	550	2,2 %	1 357	2,3 %	0,41
Soins de longue durée	92	0,4 %	207	0,4 %	0,44
Autres disciplines de la section hôpital	6 371	26,0 %	20 641	35,0 %	0,31
Disciplines sociales et médico-sociales	44	0,2 %	94	0,2 %	0,47
Ensemble des disciplines	24 544	100,0 %	58 922	100,0 %	0,42

* L'administration gère, entre autres, le PMSI et accueille de nombreux internes de santé publique même si peu de médecins exercent dans ces services.

Champ • Établissements de France métropolitaine et des DOM accueillant des internes.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

TABLEAU 4 ● Les internes en services psychiatriques

Établissements	Internes et FFI		Entrées en psychiatrie	Ratio internes / 100 entrées en psychiatrie
	ETP	%		
CHS	851	55,2 %	274 320	0,31
Centres hospitaliers universitaires	448	29,1 %	45 170	0,99
Centres hospitaliers	187	12,2 %	114 421	0,16
Autres établissements	55	3,6 %	10 628	0,52
Ensemble des établissements	1 542	100,0 %	444 539	0,35

Champ • Établissements de France métropolitaine et des DOM accueillant des internes.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

Personnels non médicaux salariés et sages-femmes

En 2009, les personnels non médicaux et les sages-femmes, exerçant à temps plein ou à temps partiel, représentent plus d'un million de salariés en équivalent temps plein dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM. Ils sont en légère hausse par rapport à 2008 (+0,5 %). Ces emplois sont majoritairement occupés par des femmes, et le plus souvent à temps plein.

Une hausse du nombre d'emplois, modeste dans le secteur public, plus élevée dans les cliniques privées

Qu'ils soient titulaires ou contractuels (CDI et CDD), les personnels non médicaux salariés et les sages-femmes (voir définitions) dans les établissements de santé représentent 1 073 000 personnes en équivalent temps plein (ETP). Plus des trois quarts de ces ETP exercent dans des hôpitaux publics. Le quart restant se répartit équitablement entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (voir tableau).

En 2009, le nombre d'ETP progresse dans tous les secteurs, mais de façon plus ou moins marquée selon les établissements : +1,7 % pour les cliniques privées, +0,7 % pour les établissements privés à but non lucratif et +0,4 % pour les hôpitaux publics. Cette tendance s'observe principalement chez les personnels soignants, avec une hausse des ETP de 2,2 % dans les cliniques privées et respectivement de 0,8 % et 0,5 % dans les établissements privés à but non lucratif et publics. À l'inverse, les ETP des personnels techniques sont en baisse dans le secteur privé et quasiment stables dans le secteur public (-0,3 %).

La tendance au renforcement de la qualification des personnels soignants se poursuit dans les établissements de santé, principalement dans les établissements publics et les cliniques privées : le nombre d'emplois de sages-femmes, d'aides-soignants et d'infirmiers en ETP continue d'augmenter (respectivement +3 %, +1,6 % et +1,3 %) alors que celui des agents de services hospitaliers diminue (-3 %).

Champ

Personnels non médicaux salariés et sages-femmes des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM.

Définitions

• Les **personnels non médicaux et les sages-femmes** pris en compte ici sont des **personnels salariés**, rémunérés en décembre par l'établissement ou l'entité juridique sur des emplois permanents (y compris les élèves rémunérés, les personnels en congés simples, de longue maladie, de longue durée, pour formation professionnelle, cessation progressive d'activité, congés de fin d'activité, etc.). Les personnels salariés des établissements publics peuvent être titulaires, non titulaires en CDI ou en CDD. Les apprentis et

autres contrats aidés ne sont en revanche pas comptabilisés.

• Les **emplois** décomptés correspondent au nombre de personnes employées par chacun des établissements. **L'équivalent temps plein** est calculé, dans les tableaux présentés ici, *au prorata* du taux de rémunération.

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

• La notion de **temps partiel** décrite ici diffère de celle utilisée communé-

ment. On se place du point de vue de l'établissement de santé. Ainsi, une personne travaillant à 50 % dans un établissement et à 50 % dans un autre établissement sera comptée comme deux emplois à temps partiel.

Pour en savoir plus

• Barlet M. et Cavillon M., 2011, « La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, n° 759, mai, DREES.

• Fizzala A., 2007, « Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 », *Études et Résultats*, n° 605, octobre, DREES.

• Le Lan R., 2006, « La réduction du temps de travail vue par les salariés hospitaliers en 2003 », *Études et*

Résultats, n° 469, mars, DREES.

• « Les professions de santé et leurs pratiques », 2006, *Dossiers solidarité et santé*, n° 1, janvier-mars, DREES.

• Bessièrre S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars, DREES.

Sources

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

TABLEAU ● Personnels non médicaux et sages-femmes en 2009, emplois en équivalent temps plein (ETP)

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2009	Évolution 2008*-2009	2009	Évolution 2008*-2009	2009	Évolution 2008*-2009	2009	Évolution 2008*-2009
Personnels administratifs	96 986	0,6 %	17 837	1,9 %	18 843	1,8 %	133 666	0,9 %
Personnels soignants	583 058	0,5 %	77 875	0,8 %	96 936	2,2 %	757 869	0,8 %
- sages-femmes	10 546	2,7 %	942	5,6 %	2 311	3,3 %	13 800	3,0 %
- personnels d'encadrement du personnel soignant	23 135	0,2 %	3 767	-1,0 %	3 176	0,7 %	30 077	0,1 %
- infirmiers (1)	228 955	1,1 %	31 601	1,7 %	41 224	2,1 %	301 780	1,3 %
- aides-soignants (2)	204 298	1,5 %	22 344	1,7 %	28 934	2,8 %	255 576	1,6 %
- agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	91 779	-3,6 %	12 276	-3,6 %	17 907	0,5 %	121 962	-3,0 %
- rééducateurs	14 937	2,1 %	5 363	2,0 %	2 786	8,4 %	23 086	2,8 %
- psychologues	9 408	2,1 %	1 581	5,7 %	599	10,6 %	11 588	3,0 %
Personnels éducatifs et sociaux	12 186	3,3 %	3 352	2,1 %	719	15,5 %	16 257	3,5 %
Personnels médico-techniques	39 713	-1,7 %	5 404	4,2 %	3 320	10,5 %	48 436	-0,3 %
Personnels techniques	98 088	-0,3 %	10 995	-4,2 %	7 983	-8,0 %	117 065	-1,3 %
Total	830 031	0,4 %	115 462	0,7 %	127 800	1,7 %	1 073 294	0,5 %

* Sont dénombrés dans ce tableau les ETP rémunérés en décembre. Le questionnaire de la SAE ayant été modifié en 2009, les ETP des CDD en décembre n'étaient pas collectés en 2008. Ils ont été estimés par les ETP moyens mensuels rémunérés.

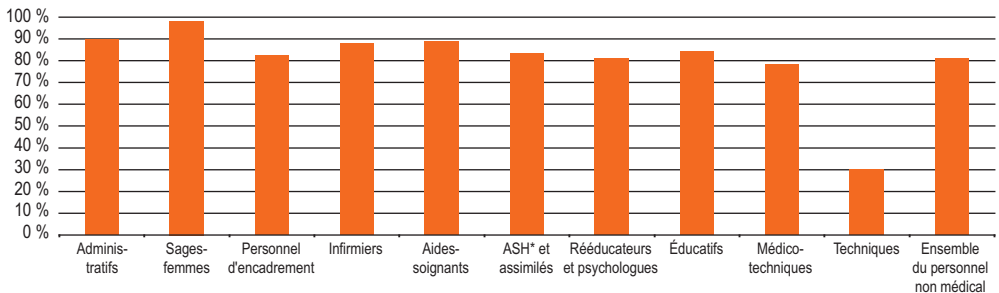
(1) Y compris infirmiers spécialisés et de secteur psychiatrique.

(2) Non compris élèves.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2008-2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE 1 ● Taux de féminisation en 2009

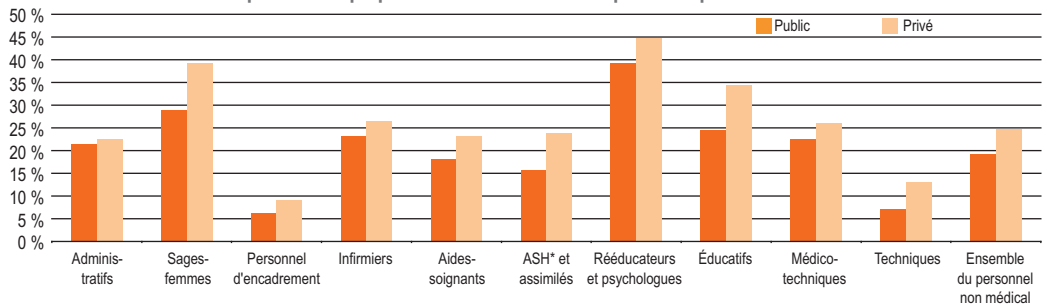


* ASH : Agents de services hospitaliers.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Part des emplois à temps partiel dans les secteurs public et privé



* ASH : Agents de services hospitaliers.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

Les salaires dans le secteur hospitalier

Dans les établissements de santé, le salaire net annuel moyen d'un temps complet s'élève à 25 400 euros en 2009. Pour les professions non médicales, le salaire moyen est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les revenus sont les plus dispersés, et en particulier croissent davantage avec l'âge.

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

En 2009, le salaire net annuel moyen d'un temps complet (voir définitions) s'élève à 25 400 euros, soit 25 900 euros dans le secteur public, 25 600 euros dans le secteur privé à but non lucratif et 21 600 euros dans le secteur privé à but lucratif (voir graphique). Toutefois la comparaison des salaires moyens entre les secteurs public et privé doit être réalisée avec précaution compte tenu d'une structure de qualification différente : la faible proportion de médecins salariés dans le secteur privé à but lucratif par rapport aux autres secteurs influe par exemple sur le salaire moyen observé. Des travaux sont en cours pour mesurer les écarts de coût du travail entre secteurs, tenant compte de ces effets de composition, à partir de l'Enquête sur le coût de la main d'œuvre et la structure des salaires (ECMOSS).

Les « médecins, pharmaciens, psychologues » (hors internes) perçoivent un salaire net annuel moyen de 59 900 euros. Les comparaisons entre secteurs des salaires moyens des médecins sont délicates du fait de la spécificité des modes de rémunération dans les différents secteurs. En particulier dans le secteur privé à but lucratif, les médecins salariés ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins y exerçant, à majorité libérale.

Pour les professions intermédiaires « soignantes et sociales », le salaire annuel moyen est plus élevé dans le secteur public (26 900 euros) que dans les secteurs privés à but non lucratif et lucratif (respectivement 25 900 euros et 25 000 euros). De même, les « agents de service et employés administratifs » gagnent respectivement 19 800, 18 100 et 16 900 euros dans les secteurs public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif. En 2009, la dispersion des salaires, appréciée par le rapport

inter-décile, est supérieure à 2 dans l'ensemble du secteur de la santé (voir tableau 1). Il s'agit du rapport entre le salaire annuel au-delà duquel se situent les 10 % des salariés les mieux payés et celui en deçà duquel se situent les 10 % les moins bien payés. Dans les secteurs public comme privé, c'est parmi les professions les plus qualifiées que les revenus sont les plus dispersés : le rapport inter-décile est ainsi de plus de 3 parmi les cadres - médicaux ou non - tandis qu'il est inférieur à 2 pour les autres professions, rapports qui ne diffèrent pas d'un secteur à l'autre. Ces dispersions sont extrêmement stables d'une année sur l'autre.

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

En 2009, un « médecin, pharmacien, psychologue ou cadre » employé d'un établissement de santé perçoit un salaire de 24 700 euros en moyenne en début de carrière et 65 100 euros entre 50 et 59 ans. Cet écart selon l'âge est beaucoup plus marqué pour les plus qualifiés que pour les autres salariés de l'hôpital. Au sein des professions intermédiaires (soignantes, sociales, administratives et techniques), les salariés de moins de 30 ans gagnent ainsi en moyenne 20 900 euros tandis que les salariés âgés de 50 à 59 ans perçoivent 31 200 euros. Les écarts selon l'âge sont plus faibles encore pour les agents de service et ouvriers, de 16 500 euros pour les plus jeunes à 21 400 euros pour leurs aînés (voir tableau 2).

Le salaire moyen des hommes est supérieur de 27 % à celui des femmes dans le secteur public, en partie du fait des fonctions occupées : les « médecins, pharmaciens, psychologues » représentent 17 % des postes à temps complets occupés par des hommes contre 5 % pour les femmes, ces dernières exerçant plus souvent des postes de la filière soignante (infirmier, sage-femme, aide-soignant, etc.).

Champ

France métropolitaine et DOM, hors stagiaires, contrats aidés, étudiants et internes.

La présente étude porte sur les établissements dont l'activité économique principale relève des activités hospitalières (8610Z) ou ayant la catégorie juridique « établissement d'hospitalisation » (7364).

Définitions

• **Salaire net annuel moyen** : il est calculé à partir du salaire net fiscal disponible dans la DADS. Il est net de toutes cotisations sociales, y compris CSG (contribution sociale généralisée) et CRDS (contribution au remboursement de la dette

sociale). Il ne comprend pas les participations (qui ne sont pas imposables). Le salaire est calculé sur les postes à temps complet, les effectifs étant convertis en années-travail au prorata de leur durée de présence. Les salaires sont rapportés à cette durée pour le calcul des moyennes. Par exemple, un salarié ayant occupé un poste donné durant 6 mois et ayant perçu 10 000 euros compte pour 0,5 « année-travail » rémunérée 20 000 euros par an. Les moyennes sont obtenues en pondérant les salaires annualisés par la durée de présence.

• **Agents de services ou employés administratifs** : ils incluent les

agents de services hospitaliers, les aides-soignants et les ambulanciers.

• **Professions intermédiaires « soignantes »** : elles sont constituées des infirmiers, des sages-femmes, des spécialistes de la rééducation et des techniciens médicaux.

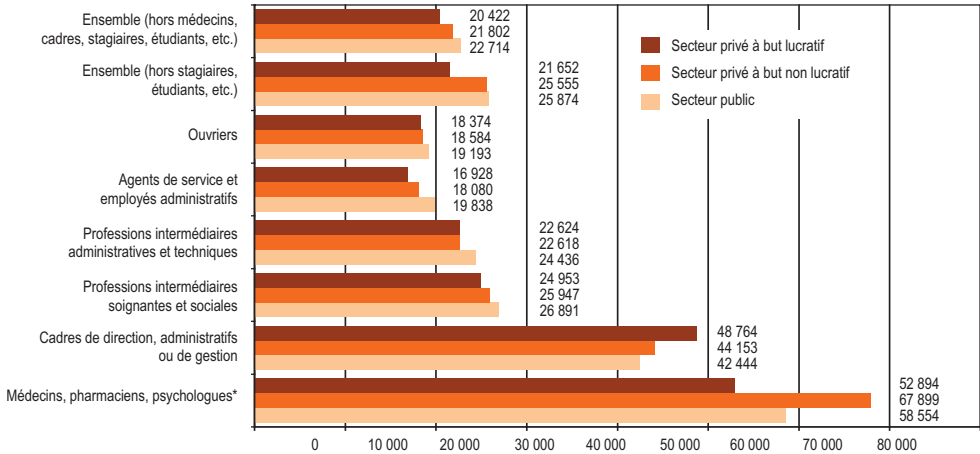
• **Professions intermédiaires « sociales »** : elles sont constituées des assistantes sociales et des éducateurs spécialisés.

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) est une déclinaison des DADS spécifique à la fonction publique. Il intègre des concepts et variables caractéristiques du secteur public, notamment liés au statut de l'agent : grade, échelon, indice, etc. Ce fichier remplace les DADS pour toutes les données de salaires dans les hôpitaux publics à partir de 2008.

GRAPHIQUE ● Les salaires nets annuels moyens (SNA) en 2009 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité



* Hors internes, externes et résidents.

Champ • Salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2009-SIASP 2009, traitements DREES.

TABLEAU 1 ● Distributions des salaires nets annuels en 2009

Déciles	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif
D1	16 234	14 829	13 933
D2	17 785	16 724	15 163
D3	19 175	18 234	16 372
D4	20 489	19 852	17 751
Médiane	21 891	21 468	19 266
D6	23 664	23 157	20 917
D7	26 249	25 289	22 930
D8	30 179	28 346	25 656
D9	36 864	36 164	30 426
D9/D1	2,3	2,4	2,2

Lecture • Dans le secteur public, D3 = 19 175. Ainsi, 30 % des salariés de ce secteur ont un salaire inférieur à 19 175 euros.

Champ • Salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2009-SIASP 2009, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Structure des emplois et salaires nets annuels moyens (SNA) selon la tranche d'âge et la catégorie socioprofessionnelle en 2009

Tranche d'âge	Médecins, pharmaciens, psychologues / cadres*		Professions intermédiaires soignantes, sociales, administratives, techniques		Agents de services, employés, ouvriers		Ensemble (hors stagiaires)	
	Répartition des postes à temps complet (en %)	SNA en euros	Répartition des postes à temps complet (en %)	SNA en euros	Répartition des postes à temps complet (en %)	SNA en euros	Répartition des postes à temps complet (en %)	SNA en euros
Moins de 30 ans	5,2	24 673	26,6	20 913	22,0	16 519	22,5	18 932
30 à 39 ans	26,8	42 681	25,4	23 782	21,9	18 047	23,7	22 892
40 à 49 ans	28,1	57 687	22,9	28 555	29,5	19 710	26,7	26 184
50 à 59 ans	29,2	65 141	23,1	31 182	24,7	21 343	24,5	29 574
60 ans ou plus	10,8	70 792	2,0	32 687	1,8	21 383	2,7	43 442

* Hors internes, externes et résidents.

Champ • Salariés à temps complet, France métropolitaine et DOM.

Sources • INSEE, DADS 2009-SIASP 2009, traitements DREES.

Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacités

Les départements français d'outre-mer (DOM) ont une offre hospitalière moins complète et moins diversifiée que celle de métropole. Certains ne disposent pas de centre hospitalier régional (CHR) ou de centre spécialisé en psychiatrie. Globalement, rapportée à la population, l'activité de toutes les disciplines est plus faible dans les DOM qu'en France métropolitaine, même si celle de médecine, chirurgie et obstétrique est la plus développée.

L'organisation sanitaire des DOM est fortement contrainte par leur géographie. Les Antilles et La Réunion sont des départements insulaires, alors que la Guyane est un vaste territoire faiblement peuplé. De plus, la structure d'âge varie fortement selon les DOM : proche de celle de la métropole en Martinique et en Guadeloupe, la population est, en revanche, nettement plus jeune à La Réunion et en Guyane. En 2009, la population des DOM représente près de 3 % de la population française, soit 1,8 million de personnes.

La Guyane et la Corse sont maintenant les seules régions françaises à ne pas avoir de centre hospitalier régional (CHR) (voir tableau 1). Le CHR de La Réunion, créé par le décret n° 2007-615 du 26 avril 2007, réunit le centre hospitalier Félix Guyon et le groupe hospitalier Sud Réunion ; il n'apparaît donc pas toujours dans la catégorie CHR dans les recueils. La Guyane est également la seule région à ne pas avoir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, l'offre publique reposant uniquement sur les deux centres hospitaliers généraux. En nombre de lits pour 10 000 habitants, la Guadeloupe et la Martinique sont les DOM qui se rapprochent le plus de la métropole, alors que la Guyane et La Réunion ont des taux d'équipement plus faibles (voir tableaux 2 et 3). Ainsi, par exemple, en soins de suite et de réadaptation (moyen séjour), la Guadeloupe et la Martinique disposent de 14 lits pour 10 000 habitants, contre 16 en France métropolitaine, alors que la Guyane et La Réunion en ont aux alentours de 5. Si l'on se restreint à la population des plus de 50 ans, ces écarts restent semblables. Rapporté à la population, le nombre de places est plus faible que le nombre de lits, mais les écarts entre DOM et par rapport à la métropole sont plus importants. En médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), la Guyane dispose d'une place seulement pour 10 000 habitants, les autres DOM de 2 ou 3 et la métropole de 4 places pour 10 000 habitants.

Médecine, chirurgie, obstétrique

Globalement, rapportée à la population, l'activité MCO en hospitalisation complète est plus faible dans les DOM qu'en France métropolitaine. Le taux d'hospitalisation varie entre 1 302 et 1 417 entrées pour 10 000 habitants dans les DOM alors qu'il est en moyenne de 1 613 en métropole (voir tableau 4). Si la tendance à la baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) en métropole s'observe aussi dans les DOM, la situation en 2009 est contrastée : la DMS est ainsi supérieure ou quasi-équivalente à la moyenne nationale (5,7 jours) en Antilles-Guyane (entre 5,5 et 6,6 jours selon le DOM), mais est inférieure à La Réunion (4,9 jours).

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2009, dans les quatre départements d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie.

Définitions

- Pour les notions d'**établissements de santé**, voir la fiche « Les grandes catégories d'établissements de santé » ; pour les notions de **lits et places**, d'**hospitalisation complète et partielle**, voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».
- **Durée moyenne de séjour** : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre d'entrées observées pour l'hospitalisation de plus de un jour.
- **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de

financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

L'hospitalisation partielle en MCO rapportée à la population est également moins développée dans les DOM qu'en métropole, en Guyane notamment. Dans ce DOM, la géographie particulière du pays, l'éloignement des villages par rapport aux établissements de santé y expliquent la faible part de cette prise en charge. Il est toutefois prévu l'ouverture prochaine d'une unité de chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Cayenne, qui permettra l'augmentation du taux de pratique de cette activité. En MCO, le taux d'hospitalisation partielle est de 20 % en Guyane alors que la Guadeloupe et La Réunion sont les DOM qui ont les taux les plus proches de la métropole (respectivement 38 % et 33 % contre 36 %).

La psychiatrie

La prise en charge de la santé mentale dans les DOM repose quasi-exclusivement sur une offre portée par les hôpitaux publics. La Réunion est le département où l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est la plus développée : 525 venues pour 10 000 habitants contre au plus 385 en Guadeloupe. Pourtant, en nombre de places pour 10 000 habitants, la Guadeloupe est mieux dotée (5 places pour 10 000 habitants) que les autres DOM et en particulier la Martinique et la Guyane (1 place pour 10 000 habitants dans chaque DOM) ; elle se situe à un niveau légèrement supérieur à celui de la France métropolitaine. En hospitalisation complète, La Réunion enregistre un nombre de lits rapporté à la population inférieur à celui des Antilles et de la métropole, alors que le nombre d'entrées y est relativement élevé, proche de la moyenne nationale. Cette forte activité s'explique par une durée moyenne de séjour bien plus faible à La Réunion que dans les autres DOM : 15,2 jours contre environ 35 jours en Guyane et en Guadeloupe. Elle est de 29,9 jours en France métropolitaine.

Les soins de suite et de réadaptation

En hospitalisation complète, la Martinique et la Guadeloupe enregistrent presque le même nombre d'entrées en moyen séjour rapportées à la population, niveau quasiment équivalent à celui de la France métropolitaine. En hospitalisation partielle, des écarts importants, à la hausse (Guadeloupe, La Réunion) ou à la baisse (Martinique), existent entre chaque DOM et la métropole. En Guyane, l'activité de moyen séjour est très peu développée, voire même inexistante en ce qui concerne l'hospitalisation partielle, et ce notamment en raison de l'organisation particulière de son territoire et de la jeunesse de sa population.

financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Pour en savoir plus

Adaius G., Exertier A., 2007, « L'activité des établissements de santé dans les départements d'outre-mer en 2005 », *Études et Résultats*, n° 614, décembre, DREES.

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit

l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

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

TABLEAU 1 ● Établissements de santé par catégorie d'établissements en 2009

Catégorie d'établissements	DOM				France métropolitaine
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Public	10	12	2	5	937
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	1	1	0	0 (*)	29
Centre hospitalier (CH) (dont ancien hôpital local)	8	10	2	4 (*)	804
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	1	1	0	1	87
Autre établissement public	0	0	0	0	17
Établissement privé d'intérêt collectif (ESPIC)	0	1	2	3	728
Centre de lutte contre le cancer	0	0	0	0	20
Autre établissement privé à but non lucratif	0	1	2	3	708
Privé à but lucratif	13	4	3	13	1 018
Établissement de soins de suite et de réadaptation	3	1	1	5	306
Établissement de soins de courte durée ou pluridisciplinaire	9	2	2	6	553
Établissement de lutte contre les maladies mentales	0	1	0	1	138
Établissement de soins de longue durée	1	0	0	0	12
Autre établissement privé	0	0	0	1	9
Ensemble	23	17	7	21	2 683

(*) Le CHR de La Réunion, regroupement du centre hospitalier Félix Guyon et du groupe hospitalier Sud Réunion, est compté dans les recueils comme deux CH distincts.

Note - Suite à la loi Hôpital, patients, santé et territoires, les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) comportent les centres de lutte contre le cancer ainsi que les autres établissements privés à but non lucratif. Cependant, ces derniers ne se sont pas encore tous déclarés ESPIC.

Champ - France métropolitaine et DOM.

Sources - DREES, SAE 2009, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2009

		DOM				France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Lits	Médecine, chirurgie, obstétrique	1 450	1 352	648	1 932	217 842
	Psychiatrie	284	315	84	324	55 940
	Soins de suite et de réadaptation	579	555	116	482	97 363
	Soins de longue durée	369	323	0	79	47 195
Places	Médecine, chirurgie, obstétrique	134	99	25	217	24 272
	Psychiatrie	202	50	15	278	27 438
	Soins de suite et de réadaptation	60	41	0	173	7 542
Population au 1 ^{er} janvier 2009 (en milliers)		403 257	398 733	225 751	821 168	62 473 876

Champ - France métropolitaine et DOM.

Sources - DREES, SAE 2009, traitements DREES ; INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2009 (provisoires).

TABLEAU 3 ● Nombre de lits et de places installés pour 10 000 habitants au 31 décembre 2009

		DOM				France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Lits	Médecine, chirurgie, obstétrique	36	34	29	24	35
	Psychiatrie	7	8	4	4	9
	Soins de suite et de réadaptation	14	14	5	6	16
	Soins de longue durée	9	8	0	1	8
Places	Médecine, chirurgie, obstétrique	3	2	1	3	4
	Psychiatrie	5	1	1	3	4
	Soins de suite et de réadaptation	1	1	0	2	1

Champ - France métropolitaine et DOM.

Sources - DREES, SAE 2009, traitements DREES.

TABLEAU 4 ● Activité des établissements de santé et nombre d'habitants en 2009

		DOM				France métropolitaine
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Entrées en hospitalisation complète	Médecine, chirurgie, obstétrique	57 128	53 594	31 770	106 923	10 075 358
	Psychiatrie	2 682	1 931	762	7 237	606 264
	Soins de suite et de réadaptation	5 734	5 431	876	5 457	931 735
	Soins de longue durée	331	82	0	18	28 358
Venus en hospitalisation partielle	Médecine, chirurgie, obstétrique	35 471	23 646	7 827	52 028	5 773 414
	Psychiatrie	15 510	4 899	2 229	43 093	5 134 991
	Soins de suite et de réadaptation	21 051	11 425	0	48 582	2 249 064
Population au 1 ^{er} janvier 2009 (en milliers)		403 257	398 733	225 751	821 168	62 473 876

Champ - France métropolitaine et DOM.

Sources - ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2009, traitements DREES pour les disciplines hors MCO ; INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2009 (provisoires).

3 Médecine, chirurgie, obstétrique

- Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités
- Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle
- Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours
- La spécialisation en médecine
- La spécialisation en chirurgie
- La spécialisation en obstétrique

Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités

En 10 ans, le nombre de lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a diminué de près de 27 000, alors que dans le même temps se sont développées les capacités d'hospitalisation à temps partiel. Entre 2008 et 2009, l'activité d'hospitalisation complète évolue peu tandis que l'hospitalisation partielle augmente significativement. Les durées moyennes de séjour restent stables.

Entre 1999 et 2009, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en court séjour a diminué de près de 27 000, pour atteindre quelque 223 000 lits en fin de période. Cette diminution s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -7 % pour les établissements publics contre -17 % pour les cliniques privées et -22 % pour les établissements privés à but non lucratif. Ces écarts d'évolution n'ont cependant pas modifié de façon significative la répartition globale des lits entre les différents secteurs.

25 000 places d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique en 2009

Le développement de l'hospitalisation partielle a été, en contrepartie, particulièrement important en MCO. On dénombre ainsi près de 25 000 places dédiées à ce mode de prise en charge en 2009, contre 15 000 en 1999. En fin de période, 33 % sont des places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire dans les établissements privés à but lucratif et 32 % des places de médecine dans les hôpitaux publics (voir tableau 1).

Une évolution de l'activité MCO portée par l'hospitalisation partielle

L'activité en hospitalisation complète est globalement stable en 2009 par rapport à 2008 (-0,3 %), résultat dû à une faible hausse du nombre de séjours dans le secteur public et à une baisse dans les établissements privés à but lucratif (voir tableau 2). En chirurgie, le nombre d'entrées évolue peu dans les hôpitaux publics (-0,4 %), mais diminue fortement dans les cliniques privées (-4,3 %). Les hospitalisations chirurgicales à temps complet se répartissent désormais à parts quasi égales entre les cliniques privées et les établissements publics. En médecine, le nombre d'entrées augmente de 0,9 % à 1,4 % selon les secteurs.

L'hospitalisation de moins d'un jour a connu une progression considérable jusqu'en 2006. En 2007, les modifications du

codage des prises en charge - liées à la circulaire sur les actes frontières et à l'arrêté sur les forfaits « sécurité-environnement » (SE) - ont eu pour effet de conduire à une baisse très nette de l'hospitalisation partielle par rapport à 2006, au profit notamment des consultations externes. Entre 2007 et 2008, il est toujours difficile de mesurer une évolution à champ constant, les deux premiers mois de l'année 2007 étant antérieurs à l'arrêté sur les forfaits SE. Entre 2008 et 2009, cette comparaison est de nouveau possible, et permet de constater une dynamique importante de l'hospitalisation partielle en court séjour, qui augmente de 3 % tous secteurs confondus. Cette hausse est le fait des seules cliniques privées (+6,3 %), les hôpitaux publics et privés à but non lucratif enregistrant une très légère baisse de leur activité. En chirurgie, l'augmentation concerne toutefois tous les secteurs ; les cliniques privées réalisent les deux tiers de cette activité en hospitalisation partielle. Quant aux hospitalisations partielles en médecine, si le secteur public reste prédominant, les évolutions (-2,8 % dans le public et +3,7 % dans les cliniques privées) tendent à resserrer les écarts avec les cliniques privées. La médecine reste l'activité principale des établissements publics puisque 65 % des entrées et 68 % des venues ayant lieu dans ces établissements relèvent de cette discipline (voir graphique).

Stabilisation de la durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète reste stable en 2009, à 5,7 jours. C'est dans les hôpitaux publics qu'elle est la plus longue (6,2 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (4,6 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, quant à eux, une position intermédiaire. Les écarts apparaissent surtout en médecine et chirurgie, la durée moyenne de séjour en obstétrique étant d'environ 4,7 jours quel que soit le statut juridique de l'établissement.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2009 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (0,3 % des séjours). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

• **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins de un jour** : en médecine, chirurgie et obstétrique, un séjour d'une durée inférieure à un jour 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 est classé en hospitalisation de plus d'un jour, également dénommée hospitalisation complète.

• **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont définies dans la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».

• **Le classement des séjours** en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affectation se fera en

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

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

• **L'arrêté sur les forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE)** a été publié le 27 février 2007 dans le but d'améliorer et d'harmoniser les pratiques de codage des établissements. Il liste un certain nombre d'actes qui, s'ils sont effectués sans

anesthésie mais nécessitent tout de même l'utilisation du secteur opératoire ou la mise en observation du patient, sont enregistrés en consultations externes, et non plus dans la base des séjours du PMSI. Ils sont sortis du champ de l'activité d'hospitalisation partielle et débouchent alors sur une facturation au forfait.

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

Sources

Voir la fiche « L'activité en hospitalisation complète et partielle ».

TABLEAU 1 ● Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2009 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	94 463	7 870	9 649	1 308	12 305	2 127	116 417	11 305
Chirurgie	39 231	3 046	7 456	1 083	37 914	8 266	84 601	12 395
Gynécologie-obstétrique	14 864	979	1 424	29	5 918	39	22 206	1 047
Total	148 558	11 895	18 529	2 420	56 137	10 432	223 224	24 747

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

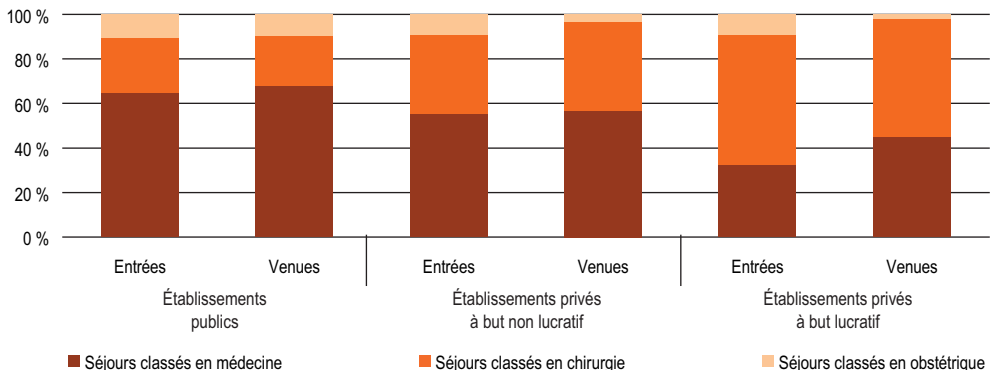
TABLEAU 2 ● Nombre de séjours en 2009 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2009	Évolution 2008-2009	2009	Évolution 2008-2009	2009	Évolution 2008-2009	2009	Évolution 2008-2009
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	4 292 407	1,4 %	465 891	0,9 %	942 125	0,9 %	5 700 422	1,3 %
Séjours classés en chirurgie	1 658 346	-0,4 %	299 119	-4,3 %	1 688 106	-4,3 %	3 645 571	-2,6 %
Séjours classés en obstétrique	688 020	0,2 %	76 492	0,3 %	266 098	-1,5 %	1 030 610	-0,3 %
Total	6 638 773	0,8 %	841 501	-1,1 %	2 896 329	-2,4 %	10 376 603	-0,3 %
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	1 717 376	-2,8 %	255 315	-3,2 %	1 329 645	3,7 %	3 302 336	-0,3 %
Séjours classés en chirurgie	567 792	9,9 %	180 903	4,9 %	1 547 069	9,1 %	2 295 764	8,9 %
Séjours classés en obstétrique	240 545	-1,8 %	14 404	-7,1 %	61 858	-5,4 %	316 807	-2,8 %
Total	2 525 712	-0,1 %	450 622	-0,2 %	2 938 572	6,3 %	5 914 906	3,0 %

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2008-2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE ● Répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique selon le statut de l'établissement en 2009



Lecture • Entrée pour hospitalisation à temps complet ; venue pour hospitalisation à temps partiel.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES.

Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle

Les enfants de moins de un an, les femmes en âge de procréer ainsi que les personnes de plus de 65 ans sont les plus concernés par des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique. 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 concernés par des hospitalisations plus fréquentes (voir graphique 1). Tout d'abord, 436 500 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) concernent des nourrissons, soit 2,7 % des séjours à temps complet et partiel, alors qu'ils ne représentent que 1,3 % 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. Enfin, c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement. Au total, environ un séjour en MCO sur trois concerne des personnes de 65 ans ou plus. D'autre part, les hommes ont plus fréquemment recours à l'hospitalisation en MCO que les femmes, sauf entre 15 et 44 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 2009, le nombre de patients hospitalisés en France métropolitaine et dans les DOM en médecine, chirurgie et obstétrique a ainsi été évalué à 10,7 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 6 millions de femmes et 4,7 millions d'hommes. Ainsi, 17 % de la population française connaît une hospitalisation en médecine, chirurgie ou obstétrique au moins une fois dans l'année, les 83 % restants n'étant pas hospitalisés en MCO. Un patient est hospitalisé en moyenne 1,5 fois au cours de l'année. Si la majorité des patients ne sont hospitalisés qu'une seule fois (73 %), 17 % des patients ont été hospitalisés deux fois et 10 % trois fois ou plus.

Les recours multiples à l'hôpital ne touchent pas toutes les classes d'âge de manière uniforme. Ainsi, avant 29 ans, le nombre moyen d'hospitalisations dans l'année, pour ceux ayant été hospitalisés au moins une fois, s'établit autour de 1,3 (voir graphique 2). Les personnes hospitalisées de plus de 70 ans le sont plus fréquemment, avec plus de 1,7 hospitalisation en moyenne.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2009 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux

n'est pas comptabilisée (0,3 % des séjours). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

Les différents statuts juridiques

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

Parmi les personnes hospitalisées dans le Limousin, 17 % (soit 35 000 personnes) sont originaires d'autres régions, principalement des régions Aquitaine, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Centre. Ceci s'explique par la forte attractivité des départements de la Haute-Vienne et de la Corrèze pour les habitants de la Dordogne et du Lot. De la même manière, 10 % des personnes hospitalisées en Bourgogne (soit 42 000 personnes) ne résident pas dans cette région. Les établissements des départements de la Saône-et-Loire et de la Nièvre sont particulièrement attractifs pour les départements limitrophes. Alors que 2,9 millions des hospitalisations de France métropolitaine et des DOM ont lieu en Île-de-France, 1,7 % des personnes hospitalisées dans cette région viennent de Picardie (soit 48 000 personnes) et 1,6 % de la région Centre (soit 45 000 personnes). Au final, 7,7 % des hospitalisations en Île-de-France sont le fait de personnes n'habitant pas cette région.

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

La prise en charge médicale des gastro-entérites et affections du tube digestif constitue un exemple intéressant de la différenciation du recours aux hôpitaux publics et aux cliniques privées selon l'âge. Pour cette pathologie, plus de neuf nourrissons et enfants en bas âge sur dix sont pris en charge par les hôpitaux publics (voir graphique 3). La part de ces établissements diminue progressivement ensuite et s'établit aux alentours de 50 % pour les patients de 25 à 64 ans. Entre 65 et 84 ans, le rapport s'inverse en faveur des cliniques privées. Mais au-delà de 84 ans, ce sont de nouveau les hôpitaux publics qui accueillent la majorité de patients atteints de cette pathologie.

Cette répartition, caractéristique de la spécialisation des établissements par type de patientèle, se confirme lorsque l'on analyse l'ensemble des recours à l'hôpital par groupe d'âge : les deux périodes extrêmes de la vie sont surtout prises en charge, en soins aigus, par le secteur public. Toutes pathologies confondues, la part des enfants de moins de 5 ans pris en charge par le secteur public est de 75 % (82 % pour les moins de 1 an), et celle des personnes âgées de 85 ans ou plus est de 69 %.

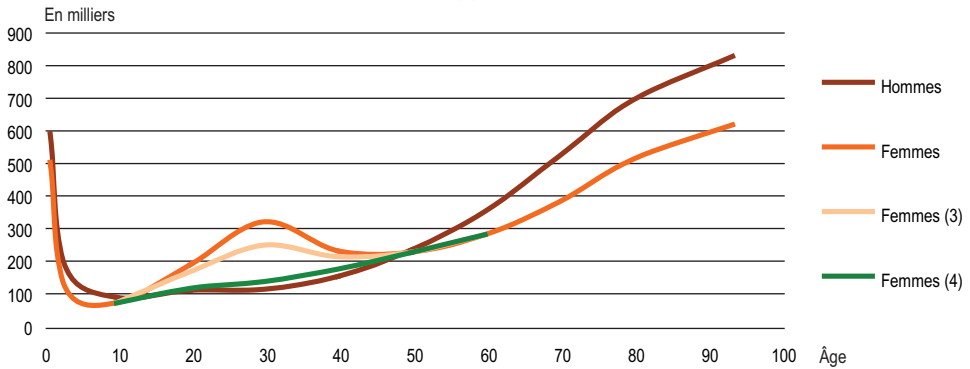
des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Sources

Le Programme de médicalisation

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

GRAPHIQUE 1 ● Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée MCO (1) des établissements de santé en 2009 (2)



(1) Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

(2) Hospitalisations d'au moins un jour (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins d'un jour pour des motifs autres que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie et autres traitements itératifs.

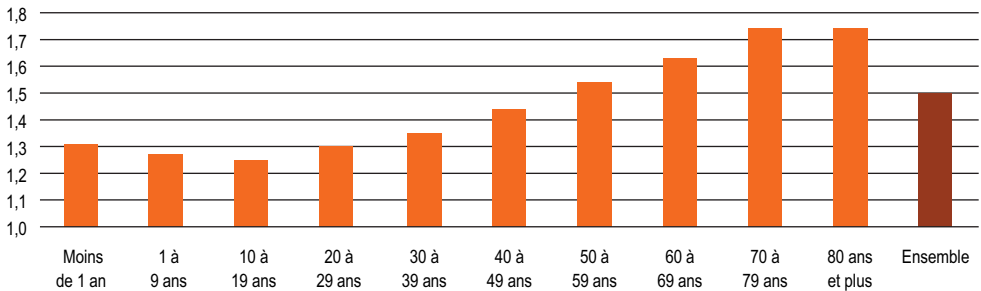
(3) Non compris accouchement unique et spontané (code O80 de la CIM de l'OMS 10^e révision).

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

Champ • Nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES ; INSEE, estimations localisées de population, au 1^{er} janvier 2009 (publication mars 2011).

GRAPHIQUE 2 ● Nombre moyen d'hospitalisations dans l'année en 2009, par classe d'âge

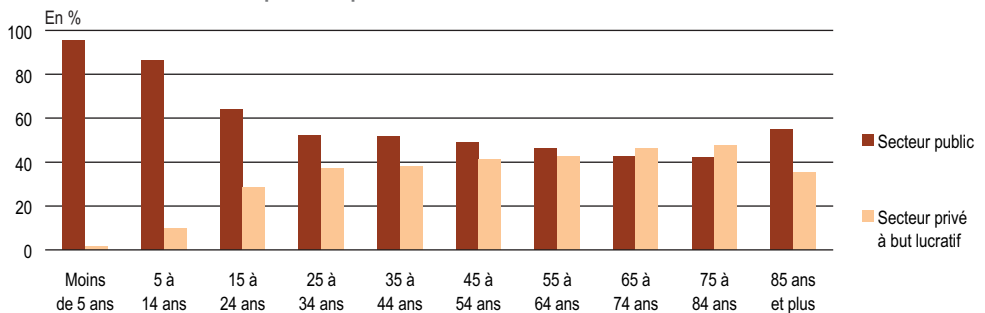


Note • Les séjours des bébés restés près de leur mère ne sont pas inclus.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE 3 ● Prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2009 dans les secteurs public et privé à but lucratif



Lecture • 95,4 % des gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge par le secteur public, contre 1,6 % par le secteur privé à but lucratif.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES.

Médecine, chirurgie, obstétrique : motifs de recours

En 2009, pour l'ensemble des patients, les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention, ainsi que les maladies de l'appareil digestif restent les principaux motifs d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) en France métropolitaine et dans les DOM. Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs.

Prépondérance des traumatismes pour les jeunes hommes et des séjours liés à la maternité pour les jeunes femmes

En 2009, avant 25 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont, pour les jeunes hommes, les traumatismes (13,7 % des séjours) et, pour les jeunes femmes, l'ensemble des séjours liés à la maternité (20,7 % des séjours) (voir graphique). Pour les deux sexes, les pathologies digestives, notamment les maladies des dents et l'appendicite, arrivent au second rang des causes d'hospitalisation. Les atteintes respiratoires, comme les pathologies des amygdales ou des végétations adénoïdes, les bronchites ou bronchiolites aiguës et l'asthme, viennent ensuite. Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont également un motif de recours fréquent.

Importance des séjours liés à la surveillance et à la prévention pour les 25-64 ans

Entre 25 et 64 ans, toujours en 2009, après les séjours liés à la maternité pour les femmes (22,6 %), les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention, d'une part, et aux maladies de l'appareil digestif, d'autre part, représentent les motifs de recours à l'hôpital les plus fréquents chez les deux sexes : respectivement 15,9 % chez les hommes et 14,3 % chez les femmes pour les premiers et 15,9 % chez les hommes et 11,9 % chez les femmes pour les seconds.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2009 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (0,3 % des séjours). Il en est de même pour les établissements dont l'activité principale ne relève pas du MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation par exemple), ainsi que pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal retenu dans chaque séjour hospitalier. Ce diagnostic principal 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 la **classification internationale des maladies (CIM)** de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision. La CIM 10 comporte un système de codage qui permet d'attribuer deux codes à certains diagnostics. Ces derniers contiennent des informations relatives à la fois à une maladie généralisée initiale (étiologie) et à une manifestation localisée à un organe donné (manifestation clinique). Dans ce cas, le PMSI retient, comme diagnostic principal, celui qui correspond le plus précisément à la prise en charge. Les codes ont été regroupés selon une liste validée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). 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 localisant selon leur siège anatomique ou fonctionnel (maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'œil et de ses annexes, etc.), soit dans des agrégats généraux (tumeurs, certaines maladies infectieuses et parasitaires). Le champ de l'ORL se trouve par exemple réparti entre les chapitres tumeurs, maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde et maladies de l'appareil respiratoire. Par ailleurs, les symptômes et signes n'aboutissant pas à un diagnostic précis sont regroupés dans un chapitre intitulé « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ».

Avant 45 ans, les séjours pour traumatismes et empoisonnements sont particulièrement nombreux chez les hommes. Il s'agit en effet du deuxième motif pour les 25-34 ans et du troisième pour les 35-44 ans. Chez les personnes de 45 ans ou plus, les tumeurs pour les deux sexes, les maladies de l'appareil circulatoire pour les hommes et les maladies ostéo-articulaires pour les femmes augmentent pour se rapprocher des taux d'hospitalisation causés par les maladies digestives (environ 15,0 %).

Prédominance des maladies de l'appareil circulatoire après 64 ans

À partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital : elles représentent près d'un séjour hospitalier sur sept pour l'ensemble des patients âgés. Les motifs liés à la surveillance, aux bilans ou à la prévention sont aussi souvent à l'origine des séjours hospitaliers. Les maladies de l'œil sont également un motif de recours à l'hospitalisation important, notamment pour les femmes : la cataracte est à elle seule responsable d'un peu plus de 11 % des hospitalisations des femmes âgées. En outre, pour les femmes comme pour les hommes, les maladies de l'appareil digestif et les tumeurs sont fréquemment à l'origine des séjours à partir de 65 ans.

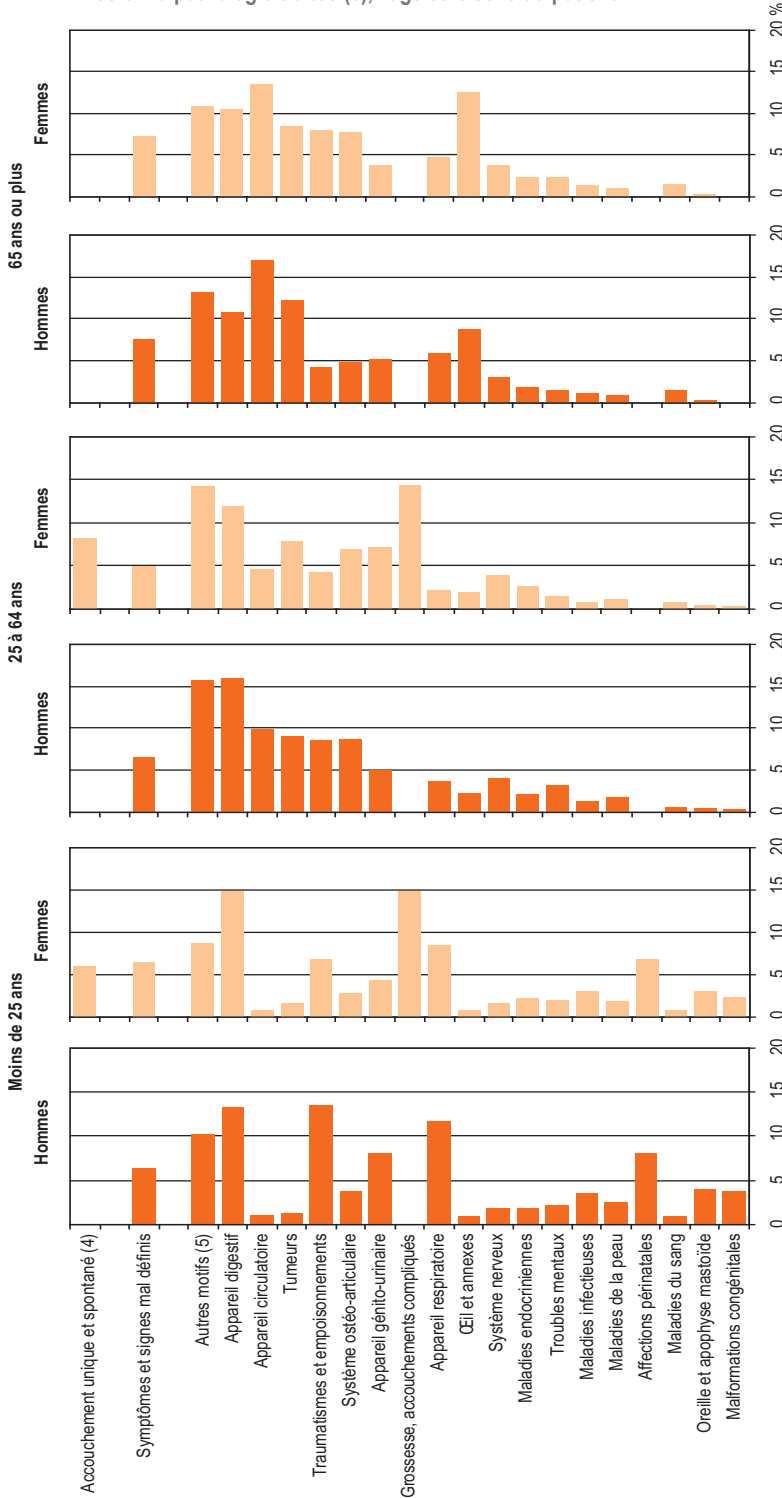
Pour en savoir plus

- Mouquet M.-C., 2011, « Principales pathologies entraînant un séjour hospitalier : les traumatismes pour les enfants, les maladies de l'appareil circulatoire pour les plus de 64 ans », in *L'état de santé de la population - Rapport 2011*, p. 144, DREES.
- Mouquet M.-C., 2011, « Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2008 », *Études et Résultats* n° 783, novembre, DREES.

Sources

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

GRAPHIQUE ● Répartition des séjours (1) annuels dans les services de soins de courte durée MCO (2) selon la pathologie traitée (3), l'âge et le sexe du patient



Note - En dehors de l'accouchement unique et spontané et des symptômes et états morbides mal définis, les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquences les deux sexes tous âges réunis.

(1) Hospitalisations d'au moins un jour (y compris pour des traitements itératifs) et hospitalisations de moins de un jour pour des motifs autres que traitement itératif (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).

(2) Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

(3) Diagnostic principal, regroupement selon les chapitres de la CIM de l'OMS, 10^e révision.

(4) Code O80 de la CIM de l'OMS 10^e révision.

(5) Motifs de recours aux services de santé autres que maladie ou traumatisme tels que surveillance, prévention, motifs sociaux.

Champ - Résidents en France métropolitaine et dans les DOM.

Sources - ATIH, PMSH-MCO 2009, traitements DREES.

La spécialisation en médecine

La spécialisation des établissements de santé en fonction de leur statut juridique a eu tendance à se poursuivre au cours des dernières années. L'activité de médecine est ainsi prédominante dans les établissements publics, où elle représente, en 2009, les deux tiers des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), contre 56 % dans les établissements privés à but non lucratif et 39 % dans les cliniques privées. Ces dernières privilégient les séjours médicaux de courte durée, notamment pour la pratique des endoscopies, actes médicaux les plus fréquents dans ces établissements.

En 2009, les deux tiers des séjours médicaux sont réalisés par le secteur public

La part du secteur public dans l'activité de médecine (67 %) est majoritaire pour quasiment tous les domaines d'activités (voir graphique). Le rôle du secteur public est d'ailleurs presque exclusif pour certaines prises en charge aussi diverses que celles liées à la toxicologie, aux intoxications et à l'alcool, les maladies infectieuses (dont le VIH), les pathologies psychiatriques traitées hors des services de psychiatrie et la prise en charge médicale des affections du système nerveux. C'est pour les pathologies de l'appareil digestif que le poids du secteur public est le plus faible : cela s'explique par la part prépondérante qu'occupent les endoscopies dans ce domaine d'activité, celles-ci étant réalisées dans leur majorité dans les cliniques privées (voir tableau).

En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire (moins de un jour) dans l'activité médicale des établissements publics n'est que de 29 %.

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

Près d'un quart des séjours médicaux ont lieu dans les cliniques privées. Celles-ci jouent un rôle prépondérant dans la prise en charge des endoscopies. Elles accueillent en effet 77 % des endoscopies digestives – de loin les plus nombreuses –, 52 % des endoscopies génito-urinaires, 54 % des endoscopies bronchiques et 63 % des endoscopies oto-rhino-laryngologiques (ORL). Au final, environ 1,1 million d'endoscopies sont réalisées dans les cliniques privées, ce qui constitue près de la moitié de l'activité médicale de ces établissements. En dehors des endoscopies, le poids des cliniques privées est également très important dans la prise en charge des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (43 %). Lorsqu'ils sont interventionnels, et donc à visée thérapeutique, ceux-ci débouchent souvent sur la mise en place d'endoprothèses vasculaires, c'est-à-dire de stents placés dans les coronaires et les autres vaisseaux.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2009 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (0,3 % des séjours). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

• **Domaines d'activité** : les informa-

tions médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent de définir près de 2 300 groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chacun des patients. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par 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 enfin les

Ces endoscopies et cathétérismes vasculaires sont souvent réalisés en ambulatoire, ce qui explique que la part des séjours médicaux de moins de un jour atteigne 59 % dans les établissements privés à but lucratif, soit une proportion deux fois plus importante que dans le secteur public.

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

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

Seule 8 % de l'activité médicale relève du secteur privé à but non lucratif, qui comprend notamment les vingt centres de lutte contre le cancer. L'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre entre autres sur la prise en charge des douleurs chroniques et les soins palliatifs, les pathologies hématologiques – et notamment les greffes de moelle dont ils assurent 20 % des prises en charge – et les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète (29 % des prises en charge).

La part de l'ambulatoire dans l'activité médicale des établissements privés à but non lucratif est de 36 %.

Une évolution stable des parts de prise en charge

Entre 2008 et 2009, les poids des différents secteurs sont stables toutes prises en charge médicales confondues. Des évolutions apparaissent toutefois au sein de quelques domaines d'activité. À titre illustratif, le secteur public voit ainsi augmenter son poids au détriment du secteur privé à but lucratif en ce qui concerne les séjours d'hématologie (+2,9 points) et d'ORL, stomatologie (+1,2 point). À l'inverse, la part du secteur public baisse en ophtalmologie (-1,2 point) et pour les douleurs chroniques ou les soins palliatifs (-1,7 point) en faveur du secteur privé à but non lucratif.

groupes de planification en domaines d'activité, a été réalisée par l'ATIH. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

• **Les différents statuts juridiques** des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

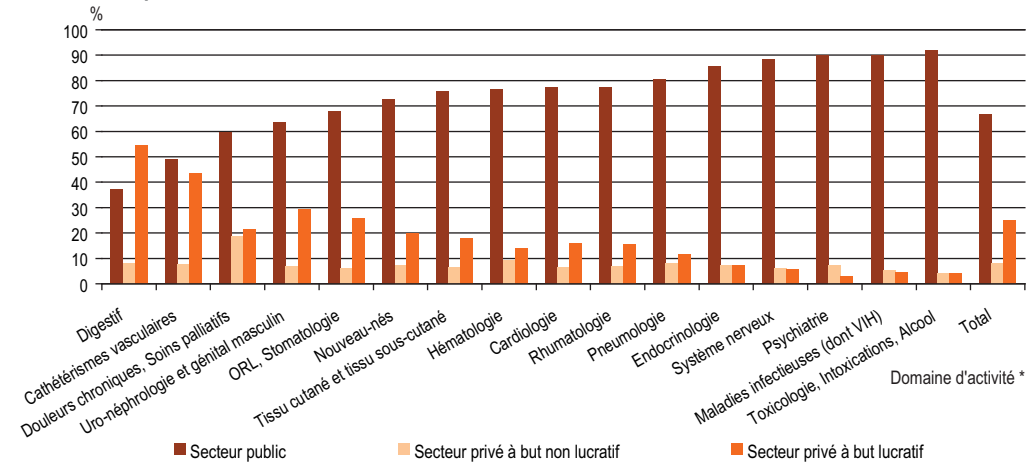
Pour en savoir plus

Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, octobre, DREES.

Sources

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

GRAPHIQUE ● Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2009



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

Lecture • 37,3 % de l'activité médicale digestive est prise en charge par le secteur public, contre 54,5 % par le secteur privé à but lucratif et 8,2 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES.

TABLEAU ● Répartition des prises en charge médicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2009

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activité médicale	9 003 000	66,8	8,0	25,2
Digestif, dont :	2 218 000	37,3	8,2	54,5
Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	1 294 000	14,1	8,8	77,1
Pneumologie, dont :	781 000	80,3	8,2	11,5
Infections respiratoires	250 000	84,4	7,6	8,0
Bronchites, bronchiolites et asthme	160 000	87,3	5,7	6,9
Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	115 000	81,5	7,3	11,2
Cardiologie, dont :	709 000	77,2	6,7	16,1
Cardiopathies, valvulopathies	203 000	79,7	6,8	13,5
Troubles du rythme/conduction	109 000	72,0	6,9	21,2
Système nerveux, dont :	609 000	88,4	6,0	5,6
Accidents vasculaires cérébraux	159 000	89,9	4,8	5,3
Convulsions, épilepsie	100 000	94,5	3,9	1,6
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	561 000	63,5	7,0	29,5
Infections reins et voies urinaires, lithiases	195 000	63,2	7,0	29,8
Endoscopies génito-urinaires, avec ou sans anesthésie	107 000	40,5	8,1	51,5
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	382 000	49,1	7,5	43,4
Endocrinologie, dont :	373 000	85,6	7,3	7,2
Diabète	140 000	86,8	7,2	6,0
Troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	127 000	80,7	6,5	12,8
Toxicologie, Intoxications, Alcool	349 000	91,8	4,0	4,2
Rhumatologie, dont :	322 000	77,3	7,1	15,6
Maladies osseuses et arthropathies	180 000	72,5	6,9	20,6
Hématologie	300 000	76,5	9,4	14,1
Psychiatrie	246 000	89,9	7,1	3,0
Nouveau-nés	239 000	72,8	7,4	19,8
ORL, Stomatologie	216 000	67,8	6,3	25,9
Tissu cutané et tissu sous-cutané	189 000	75,8	6,4	17,9
Maladies infectieuses (dont VIH)	166 000	90,1	5,3	4,7

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES.

La spécialisation en chirurgie

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

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

Bien qu'ils ne totalisent que 37 % de l'activité de chirurgie en 2009, les établissements de santé publics ont la quasi-exclusivité de certains domaines d'activités (voir graphique) comme les transplantations d'organes (96 %), la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (96 %) ou celle des brûlures (92 %), telles les greffes de peau. Les autres interventions qui sont majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, comme par exemple celles concernant les traumatismes crâniens (95 %) (voir tableau). Par ailleurs, un peu plus d'une intervention d'ophtalmologie sur cinq est réalisée dans les établissements publics, mais cette part est beaucoup plus élevée pour les interventions lourdes (46 %), comme celles sur l'orbite (66 %) ou sur la rétine (41 %). De la même manière, en chirurgie orthopédique, la part du public est de 41 %, mais elle s'élève à 71 % pour les fractures, entorses, luxations et tractions.

En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements publics est de 25 %.

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

La chirurgie est l'activité principale des établissements privés à but lucratif. Ils prennent ainsi en charge 54 % des séjours chirurgicaux en 2009. La part des cliniques privées est prépondérante pour plusieurs domaines d'activité et atteint 70 % pour les interventions ophtalmologiques ou encore certaines interventions ORL et stomatologiques.

Ces établissements se sont spécialisés dans des interventions chirurgicales peu complexes qui permettent une prise en charge ambulatoire (moins d'un jour). Ils réalisent ainsi 65 % des chirurgies de la main et du poignet, 73 % des arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires, 74 % de la chirurgie de la

cataracte, 70 % des amygdalectomies, végétations et poses de drains trans-tympaniques, 79 % de la chirurgie de la bouche et des dents, 66 % des circoncisions hospitalisées et 72 % des ligatures des veines. Au final, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est de 48 %, c'est-à-dire quasiment deux fois plus importante que celle du secteur public.

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

En 2009, les établissements privés à but non lucratif assurent 8 % du total de l'activité chirurgicale. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer. Comme pour la médecine (voir la fiche « La spécialisation en médecine »), l'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses. Ils réalisent ainsi 13 % de l'activité de chirurgie gynécologique et même 32 % des traitements chirurgicaux des tumeurs malignes du sein. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale atteint 38 %.

Une répartition de l'activité stable entre les différents secteurs entre 2008 et 2009

Entre 2008 et 2009, les poids des différents secteurs sont remarquablement stables toutes activités chirurgicales confondues. L'évolution la plus importante concerne le domaine des tissus cutanés et sous-cutanés, pour lequel la part du secteur public augmente de 1,2 point, principalement au détriment du secteur privé à but non lucratif.

Si la répartition entre les secteurs est stable, on peut toutefois noter quelques évolutions au niveau des volumes d'activité. Ainsi, si le nombre global de séjours chirurgicaux est en augmentation de 2 % entre 2008 et 2009, cette hausse atteint 6 % pour la chirurgie de la cataracte, 7 % pour la chirurgie de la cheville ou du pied, et 5 % pour la chirurgie du membre supérieur. Rares sont par contre les groupes d'activité pour lesquels le nombre de séjours est en baisse.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2009 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (0,3 % des séjours). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

• **Domaines d'activité** : les informa-

tions médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent de définir près de 2 300 groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chacun des patients. Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par 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 enfin les

groupes de planification en domaines d'activité, a été réalisée par l'ATIH. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

• **Les différents statuts juridiques** des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

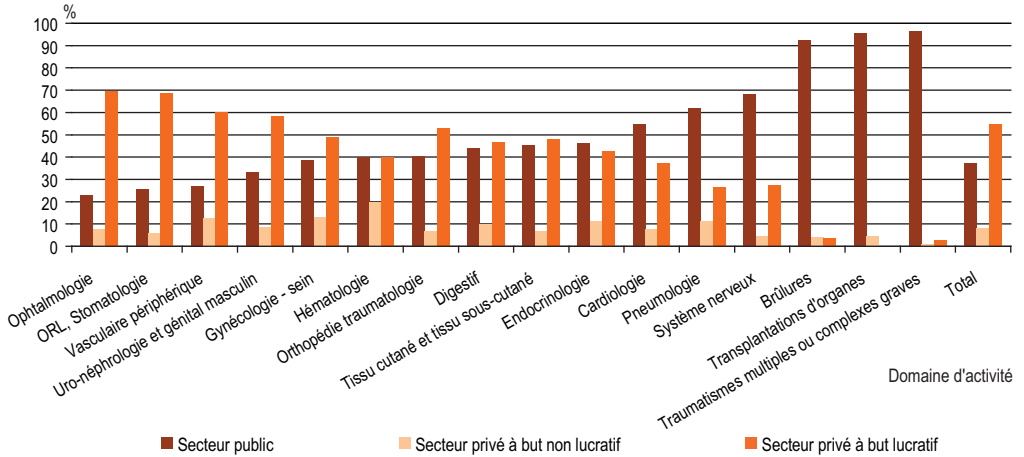
Pour en savoir plus

Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, octobre, DREES.

Sources

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

GRAPHIQUE ● Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2009



Lecture • 22,8 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 69,5 % par le secteur privé à but lucratif et 7,7 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES.

TABLEAU ● Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2009

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activité chirurgicale	5 941 000	37,5	8,1	54,5
Orthopédie traumatologie, dont :	1 547 000	40,5	6,6	52,9
Chirurgie main, poignet	340 000	27,5	7,2	65,3
Chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur, genou)	292 000	43,2	7,5	49,3
Arthroscopie, biopsie ostéo-articulaire	225 000	20,0	6,9	73,1
Fracture, entorse, luxation, traction	141 000	70,6	5,1	24,3
Chirurgie du membre supérieur (hors prothèses)	123 000	54,8	4,9	40,3
Ophthalmologie, dont :	794 000	22,8	7,7	69,5
Cataracte	630 000	18,4	7,7	73,9
Chirurgie ophtalmique lourde	76 000	45,9	6,4	47,8
Digestif, dont :	738 000	43,7	9,8	46,5
Hernie	206 000	37,5	10,3	52,2
Appendicectomie	86 000	53,3	6,5	40,2
ORL, Stomatologie, dont :	684 000	25,6	5,9	68,6
Chirurgie de la bouche et des dents	279 000	17,4	4,0	78,6
Amygdalectomie, végétations et drain trans-tympanique	197 000	22,2	7,5	70,3
Gynécologie - sein, dont :	465 000	38,4	12,9	48,8
Chirurgie utérus/annexes	165 000	43,6	8,1	48,3
Chirurgie pour tumeurs malignes sein	67 000	29,1	31,8	39,1
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	447 000	33,1	8,5	58,5
Chirurgie transurétrale, autres	147 000	34,7	9,4	55,9
Circoncision	90 000	27,7	6,8	65,5
Vasculaire périphérique, dont :	288 000	27,1	12,8	60,1
Ligature veine	124 000	17,6	10,0	72,4
Système nerveux, dont :	232 000	68,3	4,5	27,3
Chirurgie rachis/moelle	101 000	36,6	5,9	57,5
Traumatisme crânien	99 000	94,7	3,2	2,1
Tissu cutané et tissu sous-cutané	210 000	45,2	6,6	48,2
Cardiologie	117 000	54,9	7,8	37,3
Brûlure	13 000	92,4	4,0	3,6
Traumatismes multiples ou complexes graves	8 000	96,3	1,0	2,7
Transplantation d'organes	4 000	95,7	4,3	0,0

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES.

La spécialisation en obstétrique

En 2009, en France métropolitaine et dans les DOM, 1,3 million de séjours ont eu lieu en obstétrique ; les accouchements représentent 61 % de ces séjours. Près des deux tiers des accouchements se déroulent dans les hôpitaux publics, qui prennent également en charge une part élevée des affections *ante* et *post-partum*.

Forte prédominance des établissements publics en obstétrique

Les hôpitaux publics réalisent plus des deux tiers de l'activité d'obstétrique et un peu moins des deux tiers des accouchements (voir tableau). Ils se concentrent d'ailleurs davantage sur les accouchements par voie basse avec complications dont ils assurent 75 % des prises en charge.

Les établissements publics accueillent 75 % des affections *ante-partum*, parmi lesquelles on trouve principalement des complications de la grossesse. Ces affections représentent 15 % de l'activité obstétricale de l'ensemble des établissements. Les affections *post-partum* quant à elles sont prises en charge à hauteur de 72 % par les établissements publics ; elles ne représentent pour autant que 4 % de l'activité obstétricale tous établissements confondus.

Les interruptions médicales de grossesse (IMG) sont à distinguer des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Les IMG sont des accouchements provoqués et prématurés. Ces événements interviennent lorsque le fœtus est atteint d'une maladie incurable ou que la grossesse met en jeu la vie de la mère. Elles sont réalisées dans 63 % des cas dans le secteur public et 60 % d'entre elles sont réalisées en ambulatoire (moins de un jour). Les IVG sont quant à elles des avortements provoqués et décidés pour raisons non-médicales. La quasi-totalité sont réalisées en ambulatoire (96 %), et la part du secteur public est prépondérante puisque 79 % des IVG y sont prises en charge.

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2009 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (0,3 % des séjours). Il en est de même pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

Les différents statuts juridiques des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Pour en savoir plus

- Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, octobre, DREES.
- Arnault S., Exertier A., 2010, « Les

Près du quart de l'activité d'obstétrique est réalisée dans les cliniques privées

La proportion d'accouchements réalisés dans le secteur privé à but lucratif s'établit en 2009 à 27 %. Ce secteur réalise 28 % des accouchements par voie basse sans complications, 19 % des accouchements par voie basse avec complications, et 29 % des accouchements par césarienne.

Les cliniques privées prennent également en charge 31 % des interruptions médicales de grossesse mais seulement 17 % des interruptions volontaires de grossesse.

Les établissements privés à but non lucratif ont eux une part très faible dans le domaine obstétrical et ne réalisent que 7 % de l'ensemble des activités d'obstétrique.

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

Entre 2008 et 2009, les poids des différents secteurs dans l'ensemble des activités obstétricales sont stables. Par activité, la part des établissements publics est en hausse pour les affections du *post-partum* (+3,7 points) au détriment des établissements privés à but non lucratif (-1,4 point) et des cliniques privées (-2,3 points). Mais ces dernières voient à l'inverse leur poids augmenter dans la prise en charge des accouchements par voie basse avec complications (+1,1 point).

maternités : plus de 30 ans d'évolution », *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2007*, août, DREES.

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

• Baubeau D., Morais S., Ruffié A., 1999, « Les maternités de 1975 à

1996 – un processus de restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, n° 21, juillet, DREES.

Sources

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

TABLEAU ● Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le groupe d'activité en 2009

	Nombre de séjours	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble activité obstétricale	1 347 000	68,9	6,8	24,3
Accouchements, dont :	817 000	65,3	7,9	26,8
Accouchements par voie basse sans complications	556 000	64,2	8,2	27,6
Accouchements par voie basse avec complications	96 000	74,7	6,6	18,7
Accouchements par césarienne	165 000	63,3	7,8	28,9
Affections <i>ante-partum</i>	204 000	75,2	5,2	19,6
Affections <i>post-partum</i>	52 000	71,7	5,3	23,0
Interruptions médicales de grossesse	79 000	62,7	6,5	30,8
Interruptions volontaires de grossesse	196 000	79,3	3,9	16,9

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES.

4 Les plateaux techniques

- L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux
- L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif

L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux

L'organisation autour de l'anesthésie dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM est liée aux types d'activités développées : interventions chirurgicales plus ou moins complexes, endoscopies, radiologie interventionnelle, etc. Au sein des établissements concernés, la tendance est au regroupement des sites anesthésiques pour faciliter la surveillance des patients. Les salles d'intervention chirurgicale représentent quant à elles 72 % des salles destinées aux actes sous anesthésie. Elles sont utilisées de manière différente selon le statut public ou privé de l'établissement.

En 2009, 2 800 sites anesthésiques réunissent des activités diverses

L'activité anesthésique est souvent associée à l'activité chirurgicale, mais il ne s'agit pas de son unique champ d'activité : des explorations (endoscopies) ou la radiologie interventionnelle sont également pratiquées sous anesthésie. Au sein des établissements, les salles permettant ces activités de soins sont réparties en différents lieux en fonction de l'environnement nécessaire aux actes réalisés. Un site anesthésique se définit comme un lieu distinct regroupant une ou plusieurs de ces salles. Par exemple, un bloc opératoire regroupant plusieurs salles d'intervention, ou un bloc obstétrical rassemblant salles de travail et de césariennes, constitue un seul site. Les salles de scanner ou de coronarographie, plus souvent isolées, peuvent également constituer un site.

En 2009, on dénombre dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés de France métropolitaine et des DOM quatre salles en moyenne destinées aux actes sous anesthésie par site : 11 039 salles sont en fait regroupées dans 2 782 sites anesthésiques (voir tableau 1). Cette concentration vise à faciliter la gestion des moyens destinés à la surveillance post-interventionnelle. Le nombre de salles de surveillance post-interventionnelle s'élève à 1 724 pour 12 075 postes de réveil, soit sept postes par salle. Sur dix sites anesthésiques, cinq se situent dans des établissements publics, quatre dans des cliniques privées et le dernier dans des établissements privés à but non lucratif.

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM.

Définitions

• **Les différents statuts juridiques** des établissements et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

• **Séjours chirurgicaux** : le classement des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades 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 de sortie de l'en-

tité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché.

• **Surveillance post-interventionnelle 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 post-interventionnelle, situées près des sites où sont réalisées les anesthésies. Une salle de surveillance post-interventionnelle comprend au minimum quatre postes de réveil.

• **Site anesthésique** : lieu géographique composé d'une ou plusieurs salles où des actes d'anesthésie sont réalisés (par exemple : un bloc

opératoire de deux salles égale un site).

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

• **Radiologie interventionnelle** : elle permet 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

• Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, octobre, DREES.

• Baubeau D., Thomson E., 2002, « Les plateaux techniques liés aux interventions sous anesthésie entre

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

Les salles d'intervention chirurgicale représentent 72 % des salles destinées aux actes sous anesthésie ; elles sont au nombre de 7 917 en 2009 dans l'ensemble des établissements de santé (voir tableau 2). Moins de la moitié de ces salles sont situées dans les cliniques privées alors que ces dernières enregistrent 54 % des séjours chirurgicaux. Les cliniques privées enregistrent donc plus d'interventions par salle que les établissements publics. Des facteurs tels que la part d'activité de chirurgie ambulatoire, qui suppose une hospitalisation de moins d'un jour et recouvre des actes quasi-exclusivement programmés, contribuent à expliquer cette situation. Tandis que 67 % de la chirurgie ambulatoire (notamment chirurgie de la cataracte, arthroscopie, chirurgie des varices, etc.) est réalisée par les cliniques privées, les établissements publics prennent en charge des actes les plus complexes (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie ») avec des temps de réalisation plus longs. Ils disposent également plus souvent de structures des urgences et de salles chirurgicales dédiées à l'urgence (ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7). Cette nécessité de disponibilité explique également que les établissements publics affichent des horaires d'ouverture plus larges que les établissements privés et déclarent plus souvent une activité chirurgicale nocturne.

1992 et 2000 », *Études et Résultats*, n° 189, septembre, DREES.

Sources

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

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

TABLEAU 1 ● L'activité d'anesthésie en 2009

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Autres centres hospitaliers			
Nombre de sites anesthésiques	534	962	241	1 045	2 782
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie	2 245	3 399	963	4 432	11 039
Nombre de salles de surveillance post-interventionnelle	358	475	163	728	1 724
Nombre de postes de réveil	2 106	2 950	1 134	5 885	12 075

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Les plateaux techniques de chirurgie en 2009

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Autres centres hospitaliers			
Nombre d'établissements disposant d'au moins une salle d'intervention chirurgicale	95	361	107	488	1 051
Nombre de salles d'intervention chirurgicale	1 612	2 067	686	3 552	7 917
Nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire	66	62	56	58	60
Nombre de séjours chirurgicaux (source PMSI-MCO)	1 323 289	902 849	480 022	3 235 175	5 941 335
Nombre d'établissements géographiques ayant déclaré une activité chirurgicale de nuit	51	215	37	127	430

Note • Les salles exclusivement réservées aux césariennes et les locaux où sont réalisés des actes de petite chirurgie sans présence de personnels spécialisés en anesthésie ne sont pas comptabilisés.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif

Les appareils d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif sont une composante importante de leurs plateaux techniques. Les progrès techniques et le coût des nouveaux appareils, plus performants, sont à l'origine d'une concentration et d'un partage des équipements. Les délais d'attente moyens pour accéder à certains équipements lourds (scanners, IRM, caméras à scintillation) sont encore importants. Après s'être progressivement réduits ces dernières années, ils évoluent peu en 2009.

Une concentration plus importante des équipements

En 2009, 2 870 salles de radiologie conventionnelle ou numérisée sont disponibles dans 873 établissements de santé publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DOM. Parmi ces établissements, 664 sont équipés de salles de radiologie numérisée (voir tableau). Celles-ci sont au nombre de 2 138 en 2009, ce qui représente 74 % de l'ensemble des salles de radiologie. Le nombre de salles de radiologie conventionnelle, technologie maintenant ancienne, continue en effet de diminuer régulièrement au fil des années. Il existe également 341 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies.

Certains équipements lourds en matière d'imagerie, tels que les scanners, les appareils d'imagerie à résonance magnétique (IRM), ou les caméras à scintillation, nécessitent une autorisation au niveau régional. Près de 470 établissements déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 573 appareils ; 283 établissements possèdent au moins une IRM, ce qui représente 329 appareils. Enfin, 122 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 282 gamma-caméras (voir définitions). Toutefois, ce nombre est sans doute sous-estimé en raison de non-réponses. Par ailleurs, d'autres établissements peuvent avoir accès à ce matériel dans le cadre de conventions de co-utilisation, le partage des équipements lourds étant encouragé.

Dans les cliniques privées, il existe également des équipements d'imagerie, notamment au moins 163 scanners et 85 IRM déclarés dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Cependant, une confrontation entre la SAE et le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) a révélé que ces chiffres étaient largement sous-estimés. La gestion de propriété est en effet différente selon les statuts juridiques des établissements, plusieurs personnes morales pouvant coexister au sein des cliniques privées, l'une

correspondant aux activités de soins et l'autre aux activités médico-techniques. Une expertise est en cours pour améliorer l'exhaustivité du recueil.

Des délais d'attente encore importants pour certains équipements

En 2009, le délai d'attente moyen avant de bénéficier d'un examen de scanner est de 15 jours pour un patient en consultation externe et de 4 jours pour un patient hospitalisé. Après s'être progressivement réduits ces dernières années, ces délais évoluent peu en 2009 : ils sont stables pour les patients hospitalisés et augmentent légèrement pour les patients externes. Ces délais peuvent varier selon les entités considérées. Ils sont notamment légèrement plus longs dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) que dans l'ensemble des établissements publics et privés à but non lucratif pour un patient hospitalisé (5 jours), mais équivalents pour un patient externe. La durée moyenne d'ouverture par semaine est pourtant plus importante dans ces établissements : 77 heures par semaine contre 60 pour l'ensemble des établissements publics et privés à but non lucratif. La plus grande complexité des pathologies traitées dans les CHR pourrait induire un besoin d'examen plus important et peut-être des examens de durée plus longue, mais aucune donnée disponible ne permet d'étayer cette hypothèse au niveau national. Dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC), les délais d'attente pour un scanner sont plus longs pour un patient hospitalisé (5 jours) et en consultation externe (19 jours) ; la durée moyenne d'ouverture hebdomadaire est plus courte (45 heures).

Les délais d'attente avant de bénéficier d'un examen d'IRM sont nettement plus longs que pour les scanners : 28 jours en consultation externe et 8 jours lors d'une hospitalisation. Cette année, ces délais restent stables pour les patients externes et augmentent légèrement pour les patients hospitalisés.

Champ

Seuls sont comptabilisés les équipements d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DOM. Les cabinets de radiologie sont hors champ sauf s'ils sont implantés au sein des cliniques privées auquel cas ils sont, également, normalement recensés dans la SAE. En raison d'une sous-déclaration importante concernant ces établissements, ils ont été exclus du champ de cette fiche.

Définitions

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

• **Radiologie numérisée** : elle constitue une amélioration technique par rapport à la radiologie conventionnelle du fait de l'assistance d'un ordinateur pour la réalisation des films.

• **Radiologie vasculaire et coronarographie** : les examens des vaisseaux sont réalisés dans des salles spécialisées permettant les injections intra-vasculaires nécessaires aux angiographies (visualisation des vaisseaux) en toute sécurité. Les coronarographies (visualisation des artères coronaires) peuvent être réalisées également 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'épaisseur variable.

• **Imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM)** : comme son nom l'indique, l'IRM utilise les propriétés électromagnétiques du corps humain. Elle met en évidence sous forme d'image les contrastes entre différents tissus tels que l'os, les muscles ou les tendons, par exemple.

• **Caméra à scintillation ou gammacaméra** : elle est utilisée en médecine nucléaire pour la détection de radio-éléments 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 basés sur le même principe que la gammacaméra dont ils constituent l'évolution technologique et détectent des positons (ou positrons).

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séjours, etc.) et les facteurs de production associés (lits,

TABLEAU ● Équipement en imagerie en 2009

Type d'équipement	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils ou de salles	Délai d'attente moyen pour patients externes (en jours)	Délai d'attente moyen pour patients hospitalisés (en jours)	Nombre moyen d'heures d'ouverture par semaine
Scanners	470	573	15	4	60
IRM	283	329	28	8	57
Caméras à scintillation	122	282	9	5	50
Tomographes à émission/caméras à positons	58	61			
Échographes doppler	692	1 621			
Salles de radiologie conventionnelle	438	732			
Salles de radiologie numérisée	664	2 138			
Salles de radiologie vasculaire :	183	341			
<i>dont salles de coronarographie</i>	<i>113</i>	<i>149</i>			

Note • Les délais d'attente moyens sont pondérés par le nombre total d'examens.

Champ • France métropolitaine et DOM, établissements publics et privés à but non lucratif.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

5

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

- La lutte contre les infections nosocomiales
- La naissance : les maternités
- La naissance : caractéristiques des accouchements
- La médecine d'urgence
- L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé
- Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie
- Les structures d'hospitalisation à domicile
- Les patients hospitalisés à domicile
- Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- La patientèle d'hospitalisation complète des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)
- L'offre et la prise en charge en soins palliatifs à l'hôpital
- Les interruptions volontaires de grossesse en établissement
- Les dépenses de médicaments dans les établissements de santé

La lutte contre les infections nosocomiales

En 2009, les résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (IN) sont rendus publics pour 2 780 établissements de santé de France métropolitaine et des DOM. Le plus haut niveau de performance est atteint par 92 % des établissements en matière de prévention des IN, par 76 % pour la consommation de produits hydro-alcooliques et par 80 % en matière de bon usage des antibiotiques. Une surveillance épidémiologique des patients opérés est réalisée par 99 % des établissements.

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

La lutte contre les infections nosocomiales, c'est-à-dire celles contractées au sein des établissements de santé, mobilise des moyens spécifiques. Le code de la santé publique prévoit ainsi que tous les établissements doivent élaborer un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, dont l'un des volets est consacré à la lutte contre les IN, et remplir annuellement un bilan standardisé des activités de lutte contre ces infections. Depuis 2004, des indicateurs sont élaborés à partir de ces bilans et sont publiés annuellement par le ministère en charge de la santé. En 2009, le tableau de bord des infections nosocomiales comprend cinq indicateurs annuels : l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN), disponible depuis six ans, l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA) et l'indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire pour les établissements chirurgicaux (SURVISO), disponibles tous les deux depuis cinq ans, l'indice composite de bon usage des antibiotiques (ICATB), disponible depuis quatre ans, et le taux triennal de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) (voir définitions).

Un score agrégé synthétise depuis quatre ans les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (hormis le taux de SARM) et permet une lecture globale de la performance des établissements.

Pour ICALIN, ICSHA, ICATB et le score agrégé, les résultats sont publiés par catégorie d'établissements et présentés par classe de performance, allant de A à E, soit de la plus performante à la moins performante. Les établissements ne répondant pas au bilan sont classés F.

L'indicateur SURVISO permet de connaître le nombre de disciplines chirurgicales ou obstétricales pour lesquelles une surveillance des infections nosocomiales est organisée. Il ne s'agit pas du taux d'infection après une opération. Ne pas réaliser cette surveillance se traduit depuis 2007 par l'absence d'affichage du score agrégé pour l'établissement, les établissements étant considérés comme exclus.

Champ

Établissements de santé publics et privés en France métropolitaine et dans les DOM.

Définitions

- **ICALIN** : cet indicateur objective l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans l'établissement, les moyens que celui-ci a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre.
- **ICSHA** : il est un marqueur indirect de la mise en œuvre de l'hygiène des mains.
- **SURVISO** : il met en valeur l'engagement de l'établissement dans une

démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques ainsi que de maîtrise du risque infectieux en chirurgie et en obstétrique.

- **ICATB** : il objective d'une part l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques et, d'autre part, les moyens que la structure a mobilisés et les actions qu'elle a mises en œuvre.

- **Score agrégé** : il réunit en un score les quatre indicateurs ICALIN, ICSHA, ICATB et SURVISO et mesure d'une façon plus globale le niveau des activités développées dans les établissements de santé

Enfin, un indice triennal de SARM est publié. Il est désormais assorti d'une classe de performance, calculée par catégorie d'établissements afin de permettre une meilleure interprétation des résultats.

Un investissement croissant des établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales

Sur l'ensemble des 2 780 établissements, 92 % ont atteint le plus haut niveau de performance en matière de prévention des IN en 2009 - ICALIN A et B (voir tableau). Les objectifs personnalisés de consommation de produits hydro-alcooliques ont été atteints par 76 % des établissements - ICSHA A et B -, soit une augmentation de 72 % du nombre d'établissements de santé situés dans les classes de performance les plus hautes pour cet indicateur. Cette augmentation pourrait s'expliquer en partie par la gestion de l'épidémie de grippe en 2009. L'utilisation des solutions hydro-alcooliques améliore en effet l'observance de l'hygiène des mains, mesure indispensable à la maîtrise de la transmission de la grippe. Dès la première année de publication de l'indicateur ICATB, les établissements étaient déjà très fortement investis dans le bon usage des antibiotiques - ICATB A et B - et la progression continue, le pourcentage d'établissements passant de 32 % en 2006 à 80 % en 2009.

L'évolution d'ICALIN, publié depuis six ans, montre l'investissement croissant des établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales (voir graphique). La progression du nombre d'établissements réalisant une enquête épidémiologique de suivi des infections associées à une intervention chirurgicale ou obstétricale (indicateur SURVISO) depuis cinq ans est importante. Alors qu'en 2005, 60 % des établissements réalisaient cette surveillance, ils sont 99 % en 2009 ; 1 024 établissements sont concernés, se rapprochant ainsi de l'objectif national défini dans le programme de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. Cet objectif fixe à 100 % le nombre d'établissements ayant une activité chirurgicale ou obstétricale devant mettre en place une telle surveillance.

Le score agrégé, qui permet de réunir en un seul score quatre indicateurs, progresse considérablement passant de 24 % à 87 % entre 2006 et 2009 - score agrégé A et B. Cette évolution est liée à la forte progression d'ICSHA.

pour lutter contre les infections nosocomiales.

- **Taux triennal de SARM** : le taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) est un taux calculé sur trois ans. Il correspond au nombre de SARM déclarés en (N) + (N-1) + (N-2) rapportés à 1 000 journées d'hospitalisation sur la même période. L'année suivante, l'indice glisse d'une année.

Pour en savoir plus

- Dossier « infections nosocomiales » sur le site du ministère de la Santé :

<http://www.sante-sports.gouv.fr/les-infections-nosocomiales.html>

- Site de publication du tableau de bord des infections nosocomiales (tous les établissements de santé) : <http://www.icalin.sante.gouv.fr/>

- Site de publication des indicateurs de qualité (établissements de santé MCO et SSR) : Platines (Plateforme d'informations sur les établissements de santé) : <http://www.platines.sante.gouv.fr/>

Sources

Tableau de bord des infections nosocomiales - rapport national établi par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport2009-2.pdf>

TABLEAU ● Indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales :
répartition des établissements par classe de performance

Catégorie d'établissements (éts)	Score agrégé 2009	ICALIN 2009	ICATB 2009		ICSHA 2009		Nombre d'établisse- ments
	% A + B ¹	% A + B ¹	% A + B ¹	Nombre d'éts. non concernés ²	% A + B ¹	Nombre d'éts. non concernés ²	
Centre hospitalier régional/universitaire (CHR/CHU)	100,0 %	98,6 %	78,9 %	0	100,0 %	0	71
Centre hospitalier général (CH)	95,9 %	96,5 %	82,3 %	0	88,0 %	0	543
Établissement de lutte contre les maladies mentales	72,1 %	89,0 %	70,5 %	5	54,1 %	11	290
Hôpital local	93,2 %	94,8 %	80,0 %	0	71,6 %	1	325
Établissement privé MCO	95,4 %	97,7 %	87,0 %	0	92,8 %	1	568
Établissement de soins de suite et de réadaptation	78,4 %	87,7 %	77,1 %	36	57,2 %	36	726
Centre de lutte contre le cancer (CLCC)	100,0 %	100,0 %	100,0 %	0	100,0 %	0	20
Autres ³	81,4 %	77,6 %		236	87,4 %	86	237
Total	87,3 %	91,9 %	80,3 %	277	75,8 %	135	2 780

1. % A + B : il s'agit du pourcentage d'établissements classés en A et B sur une échelle allant de A à F, A étant la classe la plus performante, E la moins performante et F celle des établissements non répondants.

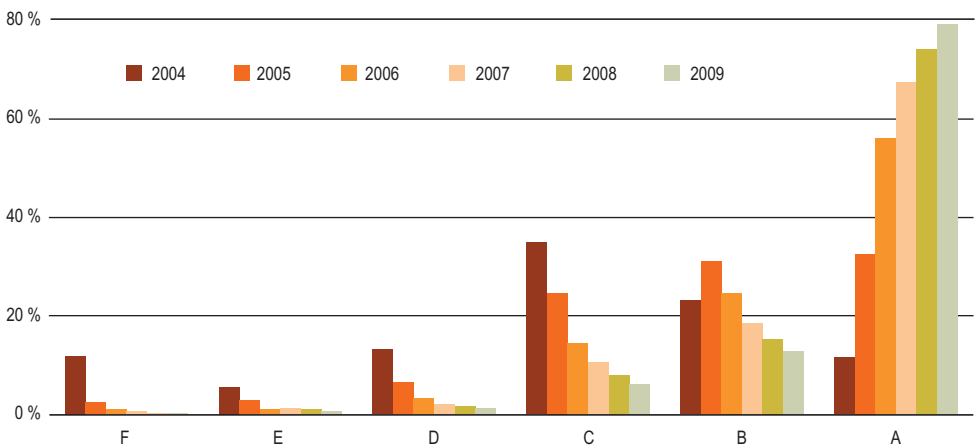
2. Certains établissements peuvent ne pas être concernés par l'indicateur du fait de leur activité.

3. Établissements de type maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, centres d'hémodialyse, etc.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • Tableau de bord des infections nosocomiales – rapport national établi par la DGOS et la DGS.

GRAPHIQUE ● Évolution d'ICALIN entre 2004 et 2009



Lecture • L'échelle va de A à F, A étant la classe la plus performante, E la moins performante et F celle des établissements non répondants.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • Tableau de bord des infections nosocomiales – rapport national établi par la DGOS et la DGS.

La naissance : les maternités

Depuis les années 1970, les pouvoirs publics n'ont cessé de prendre diverses mesures d'ordre législatif, notamment pour encadrer la pratique des accouchements et réduire les risques pour l'enfant et la mère. Ce nouveau cadre juridique (décrets, plans Périnatalité) a donné lieu à un long processus de restructuration et de concentration des maternités, dont le nombre diminue en même temps que la taille augmente.

Un mouvement régulier de concentration des maternités

Depuis le milieu des années 1970, sous l'impulsion des pouvoirs publics, les maternités françaises ont été confrontées à un mouvement de concentration et de réorganisation de plus en plus important. Le nombre de maternités est ainsi passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 553 en 2009 (voir tableau). Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux alors même que la natalité en France métropolitaine est restée dynamique sur toute la période, avec 710 000 à 800 000 naissances par an (voir graphique 1). Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté depuis 30 ans : il est passé de 22 accouchements par lit en moyenne en 1975 à 45 fin 2009.

La parution en 1972 du décret Dienech a notamment entraîné dans les années qui ont suivi la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Ce décret applicable aux cliniques privées d'accouchement imposait en effet des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique ; 15 lits minimum étaient notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. Dans le secteur public, des normes identiques à celles du décret Dienech ont été mises en œuvre. Elles concernent surtout les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes.

Une adéquation croissante entre niveau de risque des grossesses et équipements adaptés

Trois types différents de maternités ont été réglementairement définis par les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998. Ces types, qui existaient déjà en 1996 même s'ils n'avaient pas de support juridique, sont destinés à prendre en charge les grossesses en fonction du niveau de risque périnatal pour la

patiente et le nouveau-né. En 2009, on comptabilise en France métropolitaine 65 maternités de type 3 dont le rôle est de traiter les situations les plus complexes pour la mère ou l'enfant ; 212 maternités dites de type 2 disposent d'un service de néonatalogie, et 276 maternités de type 1 visent à prendre en charge les grossesses présentant le moins de risques. Ces 553 maternités recensées ont pris en charge 780 000 accouchements. Elles disposent pour cela de 17 000 lits d'obstétrique. En 2009, le nombre de naissances vivantes en maternité s'élève à 778 000 ; il faut y ajouter 8 000 naissances vivantes réalisées en dehors d'un établissement (à domicile ou dans un autre lieu) ainsi que plus de 7 000 autres pour lesquelles nous ne disposons pas de données sur le lieu de naissance.

Les maternités de types 2 et 3 sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées à but non lucratif (respectivement 79 % et 100 % en 2009) alors que 40 % des maternités de type 1 sont privées à but lucratif. Entre 1996 et 2009, un plus grand nombre d'accouchements a eu lieu dans les maternités des deux types supérieurs. En effet, en 2009, 70 % des accouchements ont eu lieu dans les 277 maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (type 2 ou 3), alors qu'en 1996, c'était le cas de 43 % d'entre eux.

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi en 2009, une maternité de type 1 effectue en moyenne 861 accouchements par an, une maternité de type 2, 1 711, et une maternité de type 3 en réalise 2 764.

En outre, en 2009, plus d'un tiers des maternités réalisent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (voir graphique 2). À l'opposé, seulement 4 % des maternités prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année ; cette proportion était de 12 % en 1996.

Champ

Maternités de France métropolitaine (hors centres périnataux de proximité).

Définitions

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

• **Type de maternité** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Trois types de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit de « type 3 » s'il dispose, sur le même site que le service d'obsté-

trique, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie ; un établissement est dit de « type 2 » s'il a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ; un établissement est dit de « type 1 » s'il possède un service d'obstétrique.

• **Naissances** : en 1977, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini un critère de viabilité qui comptabilise les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée, ou les enfants – ou fœtus – d'au moins 500 grammes. En 2008, un changement législatif est intervenu : le décret n° 2008-800 du 20 août 2008 a redéfini la notion d'enfant sans vie. 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 (22 semaines d'aménorrhée ou enfants, ou fœtus, d'au moins 500 grammes) conserve son caractère indispensable pour l'élaboration des statistiques sanitaires.

Pour en savoir plus

• Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », *Les établissements de santé – Un panorama pour l'année 2007*, coll. « Études et statistiques », DREES.

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

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

• Ruffié A., Deville A., Baubeau D., 1998, « État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France », *J Gynécol Obstet Bio Reprod*, n° 27, suppl. n° 2.

Sources

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

TABLEAU ● Répartition des accouchements selon le type de la maternité d'accueil en 1996, 2003 et 2009

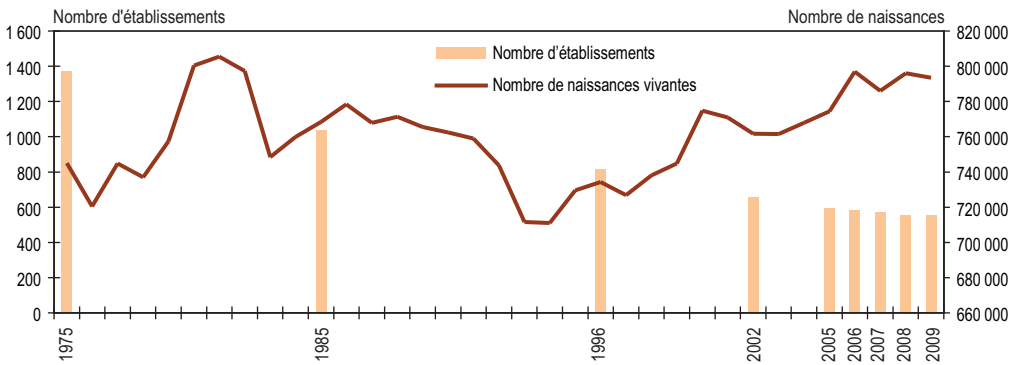
	Année	Type de la maternité			Total
		Type 1	Type 2	Type 3	
Nombre d'établissements	1996	564	250		814
	2003	364	208	61	633
	2009	276	212	65	553
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		725 337
	2003	290 110	315 931	147 879	753 920
	2009	237 588	362 708	179 645	779 941
Part d'accouchements	1996	57 %	43%		100 %
	2003	38 %	42 %	20 %	100 %
	2009	30 %	47 %	23 %	100 %

Note • En 1996, les définitions du type de maternité existaient déjà, sans être réglementaires [Ruffié A. *et al.*, 1998].

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 1996, 2003 et 2009, traitements DREES.

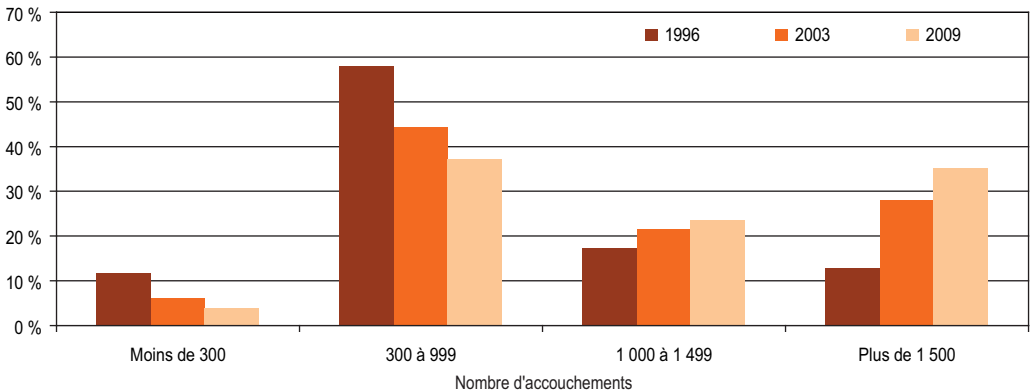
GRAPHIQUE 1 ● Évolution du nombre des naissances vivantes et des maternités de 1975 à 2009



Champ • France métropolitaine.

Sources • INSEE, état civil ; DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2003 et 2009



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 1996, 2003 et 2009, traitements DREES.

La naissance : caractéristiques des accouchements

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge autour de la naissance évoluent avec notamment le développement de la péridurale et 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

Bien qu'elles ne représentent que la moitié de l'ensemble des maternités, celles de types 2 et 3 (voir définitions) prennent en charge sept accouchements sur dix. Elles reçoivent par ailleurs la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risque. Selon les données de la SAE et du PMSI-MCO en 2009, près de 85 % des naissances multiples, des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et des naissances prématurées ont en effet lieu dans une maternité de type 2 ou 3 (voir graphique).

Lorsque le travail ne se présente pas dans de bonnes conditions et que les mères se trouvent dans une maternité de type 1 ne disposant pas d'un environnement adapté, certaines patientes peuvent être orientées vers des structures de type supérieur (type 2 ou 3). Ainsi, en 2009, 3 300 femmes suivies dans une maternité de type 1 ont été transférées dans une maternité de type 2 ou 3, et 2 700 ont été transférées d'une maternité de type 2 vers une maternité de type 3.

D'avantage de péridurales

Pour les accouchements par voie basse, le taux de péridurales est en augmentation passant de 68 % en 2001 à 76 % en 2009 (voir tableau 1). Par ailleurs, plus le type de la maternité est élevé, plus ce taux est important. En effet, les maternités de types 2 et 3 sont celles qui accueillent les accouchements les plus complexes et donc potentiellement les plus à risque pour la mère et l'enfant. De plus, en raison de moyens en personnel plus réduits, la probabilité d'avoir un anesthésiste-réanimateur disponible en cas d'accouchement non programmé est plus faible dans les maternités de type 1.

Champ

Maternités de France métropolitaine (hors centres périnataux de proximité).

Définitions

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

• **Type de maternité** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Trois types de maternité sont ainsi définis : un établissement est dit de « type 3 » s'il dispose sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie ; un établissement est dit de « type 2 » s'il a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ; un établissement

est dit de « type 1 » s'il possède un service d'obstétrique.

• **Accouchements** : en cas de naissance multiple, on ne comptabilise qu'un seul accouchement.

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

• **Naissances** : en 1977, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini un critère de viabilité qui comptabilise les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée, ou les enfants – ou fœtus – d'au moins 500 grammes. En 2008, un changement législatif est intervenu : le décret n° 2008-800 du 20 août 2008 a redéfini la notion d'enfant sans vie. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un

Un taux de césariennes qui se stabilise à un niveau élevé

Entre 2001 et 2007, le taux de césariennes a augmenté de manière régulière. Il est passé de 18,2 % en 2001 à 19,6 % en 2005, puis à 20,3 % en 2007. En 2008 et 2009, on observe une stabilisation de ce taux (20,1 %). Les maternités de type 2 ou 3 ont un taux de césariennes comparable à celui des établissements de type 1 ; ce qui signifie qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de type élevé pratiquent moins fréquemment les césariennes.

Les maternités ayant répondu à la question sur la prise en charge de la douleur déclarent que neuf femmes sur dix accouchant par césarienne ont recours à la rachianesthésie en 2009 alors que cette proportion était de huit sur dix en 2001. À l'inverse, les anesthésies générales, qui concernaient les autres patientes, ne sont quasiment plus pratiquées.

Des séjours plus courts

En 2009, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est de 5,1 jours, soit une baisse d'une demi-journée par rapport à 2001 (voir tableau 2). Cette diminution a concerné aussi bien le secteur public que le secteur privé, et il n'y a au final pas de différence marquante de durée moyenne de séjour selon le statut de l'établissement. Le mode d'accouchement influe par contre grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne est en 2009 de 7,1 jours contre seulement 4,5 jours pour un séjour pour un accouchement par voie basse. Pour ces deux modes d'accouchements, les durées moyennes de séjour sont en baisse depuis 2001.

certificat médical d'accouchement.

Le nouveau dispositif n'est donc plus fondé sur le seuil de viabilité défini par l'OMS. Cependant, ce seuil (22 semaines d'aménorrhée ou enfants, ou fœtus, d'au moins 500 grammes) conserve son caractère indispensable pour l'élaboration des statistiques sanitaires.

Pour en savoir plus

• Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de 30 ans d'évolution », in *Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2007*, DREES.

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

• Bouvier-Colle M.-H., Haus-Cheyrol R., 2010, « La mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3.

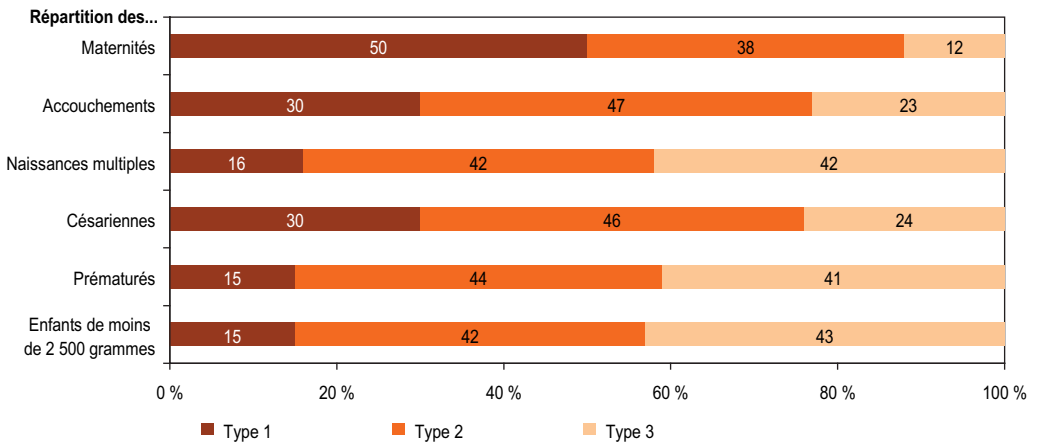
• Vilain A., Peretti de C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », Synthèse effectuée à partir de l'analyse et du rapport réalisés par Blondel B., Supernant K., Mazabrun D., Bréart G. (INSERM U 149), *Études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

Sources

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

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

GRAPHIQUE ● Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2009 (en %)



Champ • Ensemble des naissances en France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES ; ATI, PMSI-MCO 2009, traitements DREES.

TABLEAU 1 ● Évolution des taux de césariennes et de péridurales ou rachianesthésies par type de maternité (en %)

		Type de maternité	2001	2005	2009
Ensemble des accouchements					
Taux de césariennes	Type 1		18,0	19,6	19,9
	Type 2		17,6	19,0	19,7
	Type 3		19,9	20,9	21,2
	Ensemble		18,2	19,6	20,1
Accouchements sans césarienne					
Taux de péridurales	Type 1		67,6	68,5	72,5
	Type 2		66,4	73,2	77,5
	Type 3		72,5	74,5	79,1
	Ensemble		67,9	71,8	76,4
Accouchements avec césarienne					
Taux de rachianesthésies	Type 1		77,3	88,4	92,2
	Type 2		83,8	86,0	90,3
	Type 3		89,6	84,8	88,6
	Ensemble		82,1	86,6	90,4

Note • Pour les taux de péridurales et de rachianesthésies, ne sont recensées que les maternités ayant renseigné les variables relatives au recours à la péridurale.

Champ • Accouchements en France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2001, 2005 et 2009, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● 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	
	2001	2009	2001	2009	2001	2009	2001	2009
Accouchements par voie basse	5,0	4,6	5,1	4,5	5,1	4,5	5,0	4,5
Accouchements par césarienne	8,6	7,4	8,1	6,7	7,9	6,7	8,3	7,1
Ensemble des accouchements	5,6	5,1	5,7	5,0	5,6	4,9	5,6	5,1

Champ • Accouchements en France métropolitaine.

Sources • ATI, PMSI-MCO 2001 et 2009, traitements DREES.

La médecine d'urgence

En 2009, en France métropolitaine, les 648 structures des urgences ont accueilli près de 17 millions de passages, soit une augmentation de 1,3 % par rapport à 2008. Le ralentissement amorcé en 2008 se poursuit donc en 2009, même si le nombre de passages reste orienté à la hausse (+4 % par an en moyenne depuis 1996). Aux côtés des structures des urgences, 103 SAMU et 409 SMUR assurent l'orientation et le transport des malades. Le secteur public prend en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence.

Depuis les décrets de mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence, la nouvelle pratique de cette activité est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est réalisée par les services d'aide médicale urgente (SAMU). Les patients sont ensuite pris en charge par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), qui peut être soit générale, soit spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire des enfants (SMUR pédiatrique). Le SMUR peut par ailleurs être saisonnier ou être une antenne permanente. Enfin, les patients pris en charge sont transportés vers la structure des urgences la plus proche et disposant du plateau technique le plus adapté à l'état du malade. Cette structure peut, là encore, être générale ou pédiatrique.

L'organisation de la médecine d'urgence

La médecine d'urgence se compose donc de trois types de services : les structures des urgences, les SMUR et les SAMU. Un SMUR ne peut être autorisé à fonctionner que s'il est rattaché à une structure des urgences. En 2009, en France métropolitaine, 648 structures sont autorisées pour l'accueil des urgences ; on comptabilise également 409 SMUR et 103 SAMU (voir tableau 1). La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public : 74 % des structures des urgences relèvent en effet de ce secteur tandis que 19 % d'entre elles relèvent du secteur privé à but lucratif et seulement 6 % du secteur privé à but non lucratif. La quasi-totalité des SMUR (99 %) sont implantés dans des établissements publics et les SAMU sont exclusivement publics.

Des services spécialisés en pédiatrie ou bien 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 18 % des structures des urgences et 9 % des SMUR sont autorisés en pédiatrie. Lorsqu'une structure des urgences n'est pas pédiatrique, elle peut en revanche prendre en charge les enfants dans une filière de soins dédiée, en collaboration avec une structure de pédiatrie. Parmi les structures de soins exclusivement générales (au nombre de 534), 11 % ont déclaré avoir mis en place ce type de filière. Par ailleurs, si une structure des urgences sur quatre relève du secteur privé, c'est seulement le cas de 4 % de celles autorisées en pédiatrie.

Structure des urgences : le nombre annuel de passages toujours en augmentation

En 2009, les 648 structures des urgences ont pris en charge près

Champ

Établissements publics et privés en France métropolitaine bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R.6123-1 à R.6123-32 du code de la santé publique).

Définitions

• Le nombre de passages aux urgences pour l'année inclut l'ensemble des arrivées quels que soient les modes d'arrivée et les modes de sortie.

• **Les sorties primaires** : elles consistent en l'intervention d'une équipe hospitalière en vue d'assurer la prise en charge d'un patient hors d'un établissement de santé et, le cas échéant, son transport vers un établissement de santé apte à assurer la suite des soins.

Pour en savoir plus

• Carrasco V., 2006, « L'activité des services d'urgences en 2004 : une stabilisation du nom-

bre de passages, soit une augmentation de 1,3 % par rapport à 2008. Bien qu'en léger ralentissement, cette tendance à la hausse s'observe depuis de nombreuses années : en 1996, le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions, soit une augmentation de 4 % en moyenne chaque année (voir tableau 2 et graphique).

La part des passages aux urgences du secteur privé (pris dans sa globalité) augmente en 2009 et s'établit à 18 % (+1 point par rapport à 2008). La permanence des soins, y compris hospitalière, est devenue, grâce à la loi « Hôpital, patients, santé et territoires », une mission de service public. Les cliniques privées peuvent désormais mettre en œuvre cette mission et cette modification expliquerait peut-être l'augmentation de la part du secteur privé dans celle des passages aux urgences.

Des structures majoritairement de petite taille

Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 26 100 patients par an. Elles ont en revanche des tailles variables : les structures des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille que celles des établissements publics et enregistrent 16 700 passages annuels en moyenne, contre 29 000 dans le secteur public. Par ailleurs, le nombre moyen de passages par établissement est plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (17 600 passages en moyenne par an contre 23 600).

Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 32 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et sept structures sur dix moins de 30 000. À l'autre extrémité, 19 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent plus de 40 % de l'ensemble des passages.

L'activité des SMUR et des SAMU

Les unités mobiles hospitalières (UMH) des SMUR ont réalisé 716 000 sorties en 2009. L'essentiel de ces sorties sont terrestres (95 %), les sorties aériennes et maritimes étant marginales.

Les patients transportés par les SMUR vers des établissements de soins dans le cadre des sorties primaires (voir définitions) représentent 2 % des passages aux urgences. Les patients arrivent donc dans les structures des urgences majoritairement par leurs propres moyens, ou sont conduits en ambulance, amenés par Police secours ou les pompiers.

Les SAMU ont quant à eux enregistré plus de 29 millions d'appels dont 12 millions ont donné lieu à l'ouverture d'un dossier médical.

bre de passages », *Études et Résultats*, n° 524, septembre, DREES.

• Baubeau D., Carrasco V., 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, n° 215, janvier, DREES.

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

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 suite aux décrets du 22 mai 2006.

TABLEAU 1 • Nombre de services d'urgences en 2009 selon le statut et l'autorisation

Établissements	Publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
structure générale	372	37	125	534
structure générale et pédiatrique	94	4	0	98
structure pédiatrique	15	1	0	16
Ensemble	481	42	125	648
SMUR				
SMUR général	368	6	0	374
SMUR général et pédiatrique	22	0	0	22
SMUR pédiatrique	13	0	0	13
Ensemble	403	6	0	409
SAMU	103	0	0	103

Note • Une structure des urgences est exclusivement générale si elle n'accueille que des adultes, exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants et générale et pédiatrique si elle accueille les deux.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

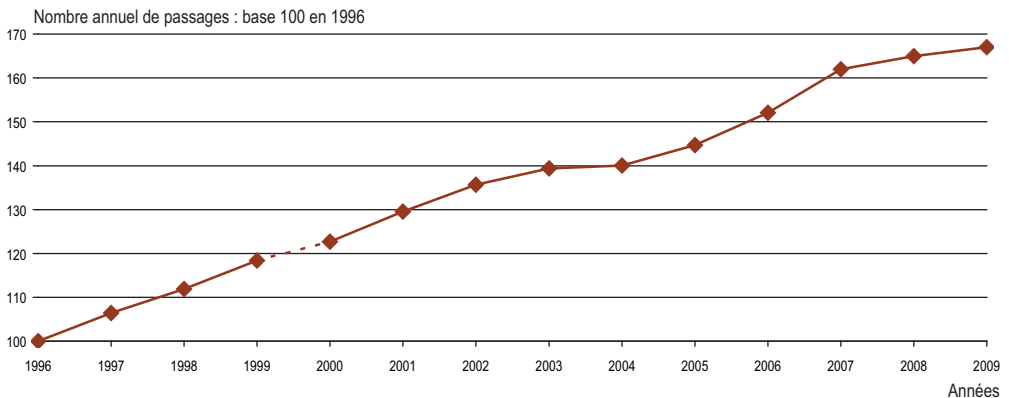
TABLEAU 2 • Nombre de passages aux urgences en 2009 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2009	Évolution 2008-2009	2009	Évolution 2008-2009	2009	Évolution 2008-2009	2009	Évolution 2008-2009
Structure générale	8 530 192	-0,2 %	651 688	5,4 %	2 090 251	8,7 %	11 272 131	1,6 %
Structure générale et pédiatrique	4 980 394	2,7 %	200 349	-4,0 %	0	-	5 180 743	2,4 %
Structure pédiatrique	438 644	-15,0 %	35 861	-3,5 %	0	-	474 505	-14,3 %
Ensemble	13 949 230	0,2 %	887 898	2,7 %	2 090 251	8,7 %	16 927 379	1,3 %

Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, SAE 2008-2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE • Évolution du nombre annuel de passages 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.

Sources • DREES, SAE 1996-2009, traitements DREES.

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

La psychiatrie a des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extra-hospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc. La majeure partie des patients des services de psychiatrie des établissements de santé sont pris en charge en ambulatoire. Les autres prises en charge, dites à temps partiel et à temps complet, reposent essentiellement sur les 57 600 lits d'hospitalisation à temps plein, les 28 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit et les 1 700 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Toutefois, d'autres types d'alternatives à l'hospitalisation ont également été plus ou moins développés.

Une offre majoritairement publique et spécialisée

En 2009, sur 586 établissements de santé (voir définitions) assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie, la moitié sont des établissements publics. Ils représentent les deux tiers de l'ensemble des lits d'hospitalisation complète et les quatre cinquièmes des places d'hospitalisation partielle. L'autre moitié se répartit à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées, ces dernières ayant essentiellement une activité d'hospitalisation à temps plein. L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif.

Près des deux tiers des établissements ayant une activité de psychiatrie sont mono-disciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline. Les établissements privés à but lucratif sont quasiment exclusivement spécialisés en psychiatrie. Les établissements pluridisciplinaires sont, en revanche, en grande majorité des établissements publics.

Une prise en charge réalisée en grande partie en ambulatoire

Les patients de psychiatrie en établissements de santé sont essentiellement pris en charge en ambulatoire. En effet, 70 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme, notamment dans les 3 800 centres médico-psychologiques (CMP) et unités de consultation (voir tableau). Les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux que les CMP. Ainsi, près de 20 % des actes sont réalisés à domicile ou en institution substitutive au domicile, en unité d'hospitalisation somatique, en établissement social ou médico-social ou encore en milieu scolaire ou en centre de protection maternelle et infantile (PMI).

Un poids plus important du temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile

Le nombre de places en hôpital de jour et hôpital de nuit est de 28 000 places pour 5,1 millions de venues en 2009. À ces formes d'hospitalisation partielle, il convient d'ajouter les 2,2 millions de venues dans les 1 700 CATTP ou ateliers thérapeutiques.

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie au 31 décembre 2009 en France métropolitaine et dans les DOM.

Les nombres de journées de prise en charge à temps partiel publiés ici ne peuvent être utilisés pour faire des comparaisons avec les données publiées dans l'édition précédente du Panorama. En effet, les concepts de la SAE ont évolué : désormais les venues en psychiatrie ne sont plus égales aux journées,

une venue comptant pour une journée ou une demi-journée («demi-venue») selon la durée de prise en charge.

Définitions

• **Établissement de santé ayant une activité de psychiatrie** : il correspond ici à l'entité juridique pour tous les établissements publics ayant une activité de psychiatrie ainsi que pour les établissements privés ayant plusieurs sites dans le même département ; à l'entité géographique pour les établissements privés ayant une activité de psychiatrie sur un seul site ; à une entité géographique par département d'implantation si l'entité juridique regroupe des établissements privés sur plusieurs départements.

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

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

Pour en savoir plus

• Leroux I., Schultz P., 2011, « Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale », *Document de travail, Série statistiques*, n° 155, avril, DREES.

• Coldefy M. (coord.), 2007, *La prise en charge de la santé mentale – Recueil d'études statistiques*, Collection Études et Statistiques, Paris, la Documentation française.

Sources

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

TABLEAU ● Capacités et activité au 31 décembre 2009

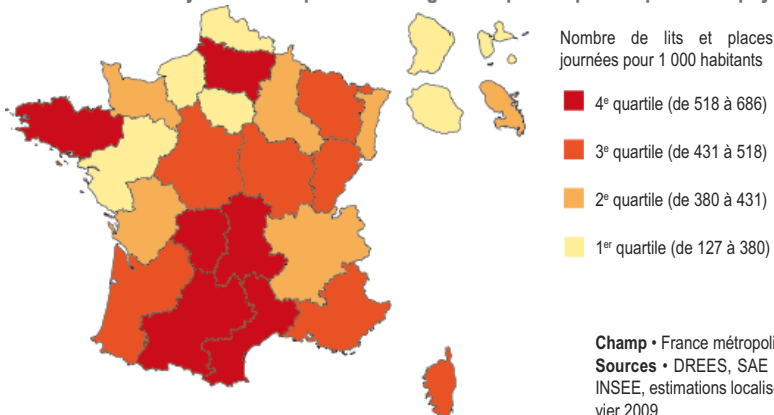
	Psychiatrie générale				Psychiatrie infanto-juvénile			
	Établissements publics	Établissements privés à but		Total	Établissements publics	Établissements privés à but		Total
		non lucratif	lucratif			non lucratif	lucratif	
Prises en charge à temps complet								
Hospitalisation à temps plein								
Nombre de lits	36 580	7 280	11 630	55 500	1 640	360	120	2 110
Nombre de journées	11 886 700	2 311 500	4 149 500	18 347 700	326 200	76 400	26 300	428 900
Placement familial thérapeutique								
Nombre de places	2 780	180	-	2 960	760	90	-	850
Nombre de journées	779 000	47 900	-	826 800	144 800	14 800	-	159 600
Accueil en centre de postcure								
Nombre de lits	570	730	370	1 670	-	-	-	-
Nombre de journées	148 300	206 300	133 500	488 100	-	-	-	-
Accueil en appartement thérapeutique								
Nombre de places	960	260	-	1 220	-	-	-	-
Nombre de journées	265 600	54 700	-	320 300	-	-	-	-
Hospitalisation à domicile								
Nombre de places	650	30	-	690	300	10	-	310
Nombre de journées	165 700	5 100	-	170 700	58 400	100	-	58 500
Accueil en centre de crise								
Nombre de places	230	10	20	260	10	10	-	20
Nombre de journées	71 300	2 300	7 800	81 300	3 100	2 600	-	5 700
Prises en charge à temps partiel								
Hôpital de jour								
Nombre de places	13 530	3 160	560	17 250	7 460	1 690	60	9 220
Nombre de journées	2 632 600	631 300	178 900	3 442 900	1 122 800	334 900	7 700	1 465 300
Hôpital de nuit								
Nombre de places	1 160	280	30	1 480	80	30	-	110
Nombre de journées	149 000	54 500	8 400	211 900	5 600	3 300	-	8 900
CATP et ateliers thérapeutiques								
Nombre de structures	930	120	-	1 050	500	110	-	610
Nombre de journées	1 511 200	267 700	1 700	1 780 600	426 600	27 200	-	453 800
Prises en charge en ambulatoire								
Nombre de structures de type CMP	1 980	265	-	2 245	1 343	222	-	1 565
Nombre d'actes réalisés en CMP ou à l'extérieur	10 563 000	1 459 600	-	12 022 600	4 261 100	619 200	-	4 880 300

Lecture • Les nombres concernant les capacités sont arrondis à la dizaine et ceux concernant l'activité à la centaine.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

CARTE ● Nombre de journées de prise en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie pour 1 000 habitants



Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie

Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) établissent chaque année un rapport de leur activité. L'exploitation de ces rapports permet d'étudier les mesures d'hospitalisation sans consentement de 1999 à 2009 (voir sources et définitions). En 2009, 75 000 hospitalisations sans consentement (HSC) ont été décidées dans les 100 départements français. Fortement croissant en début de période, le nombre de mesures d'HSC a atteint un maximum de 78 000 en 2003. Depuis, il semble se stabiliser à un niveau légèrement inférieur. De fortes disparités départementales sont toujours observées.

Un pic du nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement en 2003

Parmi les mesures d'hospitalisations sans consentement (HSC), 84 % sont des mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Les 16 % restants correspondent à des hospitalisations d'office (voir tableau). La part de ces dernières parmi les HSC a augmenté de deux points entre 2003 et 2005, pour rester stable ensuite. Elle est très variable d'un département à l'autre, allant de moins de 10 % à plus de 30 %.

En 2009, 63 000 mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ont été décidées dans les 100 départements français. Alors que le nombre d'HDT avait fortement crû entre 1999 et 2003 (+13 %), il a baissé régulièrement entre 2003 et 2007 (-9 %). Entre 2007 et 2009, ce nombre de mesures semble toutefois repartir à la hausse (+ 3 %).

En 2009, 12 000 mesures d'hospitalisation d'office (HO) ont été arrêtées par les préfets et, à Paris, par le préfet de police. Les HO prononcées pour les personnes bénéficiaires d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement pour irresponsabilité pénale et celles prononcées pour les personnes détenues sont exclues de ce décompte. Sur la période 1999-2009, le nombre d'HO enregistre une hausse de plus de 20 %, malgré la baisse de 3 % observée entre 2005 et 2007.

De fortes disparités départementales du poids des mesures d'hospitalisation sans consentement

En 2009, les établissements de santé ont réalisés 590 000 hospitalisations à temps plein en psychiatrie générale en France métropolitaine et dans les DOM. Le nombre de mesures d'HSC s'établit donc à 13 pour 100 hospitalisations à

temps plein. Ce rapport est relativement stable dans le temps mais varie considérablement d'un département à l'autre (voir carte 1). En effet, dans 20 départements, ce sont de 20 à 55 mesures d'HSC qui sont prises dans l'année pour 100 hospitalisations à temps plein en psychiatrie générale alors que moins de 10 mesures sont déclarées pour 100 hospitalisations dans 27 autres départements.

Ces variations géographiques sont à rapprocher des disparités départementales du nombre de mesures d'HSC rapporté au nombre d'habitants de plus de 20 ans ainsi qu'à celles relatives au taux d'hospitalisation à temps plein de cette même population.

Au niveau national, 154 mesures d'HSC pour 100 000 habitants de plus de 20 ans sont dénombrées en 2009. Cette proportion varie dans un rapport de 1 à 7 au niveau départemental (voir carte 2).

Ainsi, le nombre de mesures d'HSC rapporté au nombre d'entrées en hospitalisation à temps plein atteint son maximum dans le Finistère (55 mesures d'HSC pour 100 hospitalisations à temps plein) et la Côte-d'Or (41). Ces deux départements se caractérisent par un nombre particulièrement peu élevé d'hospitalisations à temps plein relativement à leur population, et un nombre de mesures d'HSC rapporté à la population légèrement supérieur à la moyenne. Au contraire, peu de mesures d'HSC et un nombre élevé d'hospitalisations à temps plein, relativement aux populations départementales, sont comptabilisées dans les deux départements corses. La Haute-Corse et la Corse-du-Sud ont donc le taux le plus faible de mesures d'HSC rapportées aux entrées en hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale (2).

Champ

France métropolitaine et DOM.

Définitions

• **Hospitalisation sans consentement** : hospitalisation à la demande d'un tiers (articles L3213-1 et L3212-3 du code de la santé publique - CSP) et hospitalisation d'office. Dans les rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP), sont distinguées parmi les hospitalisations d'office : les hospitalisations préfectorales directes (art. L3213-1 du CSP), les hospitalisations d'office préfectorales prises après une mesure provisoire du maire ou du commissaire de police à Paris (art.

L3213-2 du CSP), les hospitalisations d'office prononcées pour les personnes bénéficiaires d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement pour irresponsabilité pénale (art. L3213-7 du CSP) et les hospitalisations d'office prononcées pour les personnes détenues (art. D398 du code de procédure pénale).

• **Psychiatrie générale** : prise en charge des adultes de 16 ans ou plus présentant des troubles psychiques.

Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation à temps plein, venues en hospi-

talisation partielle, etc.) et les facteurs de production associées (lits places, équipements, personnel).

Les estimations de population de l'INSEE au 1er janvier 2009 sont utilisées pour obtenir le nombre d'habitants de 20 ans et plus dans chaque département.

Les CDHP établissent des rapports d'activité décrivant notamment le nombre de mesures d'HDT et d'HO prises par département. Une attention particulière doit être apportée au fait que les données commentées ici sont des nombres de mesures prises dans l'année et non pas des nombres de patients hospitalisés sans consentement et présents dans l'année. Quelques cas de non-réponse

sont observés mais ne concernent pas les mêmes départements d'une année sur l'autre. Afin de pouvoir commenter les évolutions du nombre de mesures de 1999 à 2009, les données manquantes pour une année N ont été reconstituées comme la moyenne des données de l'année N-1 et de l'année N+1. Les mesures prononcées en cas de non lieu, relaxe ou acquittement pour irresponsabilité pénale ne sont pas comptabilisées ici car leurs nombres n'ont pas pu être corrigés. Pour l'année 2009, les données d'un département ont été complétées par la moyenne des deux précédentes observations afin d'établir des résultats nationaux.

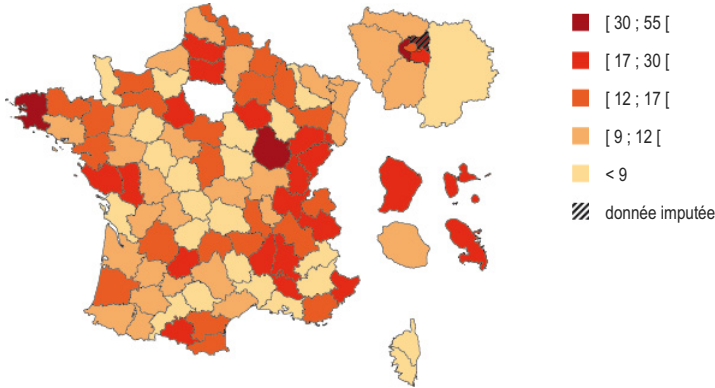
TABLEAU ● Évolution des mesures d'hospitalisation sans consentement de 1999 à 2009

	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Hospitalisation d'office (HO)	9 487	9 632	11 211	11 939	11 581	11 693
Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)	58 986	62 894	66 915	62 880	60 975	62 832
Hospitalisation sans consentement (HSC)	68 473	72 526	78 126	74 819	72 556	74 525
Nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale (H)	610 381	610 156	615 244	618 288	606 040	592 379
HO/HSC	14 %	13 %	14 %	16 %	16 %	16 %
HSC/H	11 %	12 %	13 %	12 %	12 %	13 %

Champ • France métropolitaine.

Sources • DGS, Rapports d'activité des CDHP 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, traitements DREES ; DREES, SAE 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, traitements DREES.

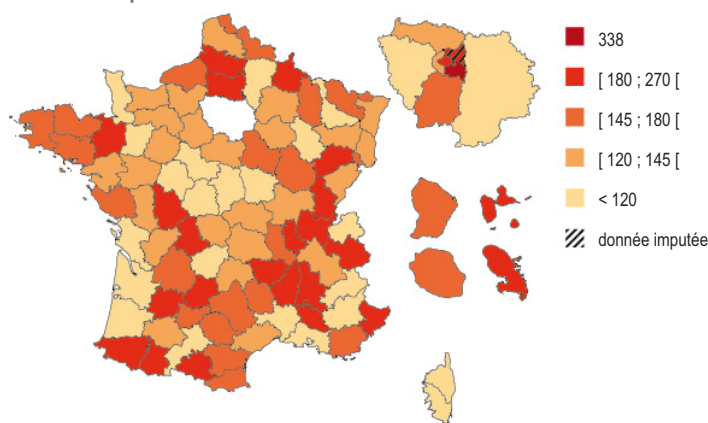
CARTE 1 ● Nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 hospitalisations complètes en psychiatrie générale en 2009



Note • Les données observées dans certains départements sont très proches des seuils utilisés pour la représentation cartographique. Pour plus de précision, il est possible de consulter les données en lien avec les cartes, disponibles sur le site du ministère.

Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DGS, Rapports d'activité des CDHP 2009, traitements DREES ; DREES, SAE 2009, traitements DREES.

CARTE 2 ● Nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus en 2009



Note • Les données observées dans certains départements sont très proches des seuils utilisés pour la représentation cartographique. Pour plus de précision, il est possible de consulter les données en lien avec les cartes, disponibles sur le site du ministère.

Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DGS, Rapports d'activité des CDHP 2009, traitements DREES ; INSEE, estimations localisées de population au 1^{er} janvier 2009.

Les structures d'hospitalisation à domicile

En 2009, 264 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ont offert 10 400 places et réalisé 136 000 séjours en France métropolitaine. Ces structures se répartissent pour la quasi-totalité entre le secteur public et le secteur privé à but non lucratif, notamment associatif. L'Île-de-France concentre à elle seule un peu moins d'un tiers des places, et près de quatre séjours d'HAD sur dix y sont réalisés.

Grâce aux progrès technologiques, l'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville : elle constitue l'une des alternatives à l'hospitalisation complète (voir la fiche « Les autres prises en charge hospitalières »). Elle permet, en effet, d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux afin de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en médecine, obstétrique ou en soins de suite de rééducation et de réadaptation.

Des structures d'HAD diverses par leur statut juridique et leurs capacités

Bien que relativement ancienne, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2009, 264 structures offrent 10 400 places en France métropolitaine (voir tableau 1). Avec 34 entités, le secteur privé à but lucratif est le secteur où l'HAD est la moins répandue. Près de la moitié des structures HAD en 2009 appartiennent au secteur public, et 40 % au secteur privé à but non lucratif. Dans le secteur public, 109 structures appartiennent à des centres hospitaliers (CH) et 13 à des centres hospitaliers régionaux (CHR). Plus de quatre structures sur cinq du secteur privé à but non lucratif sont des structures spécialisées sur cette forme d'hospitalisation et relèvent du domaine associatif : elles offrent plus de la moitié des places d'HAD en 2009.

Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire

En 2009, sur les 10 400 places d'HAD installées en France métropolitaine, près de 2 600 sont concentrées en Île-de-France (voir carte), ce qui représente un peu moins d'un tiers de l'offre totale. En termes d'activité, 36 % des séjours y sont réalisés. Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premières structures d'HAD créées en France à la fin des années 1950, sont à l'Assistance Publique-

Champ

Établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2009.

Définitions

- **La structure d'HAD** : il s'agit d'un établissement ou d'un service de santé exerçant une activité d'HAD dans un lieu géographique donné. Cette activité peut être réalisée sur un établissement spécialisé - comme Santé Service Île-de-France - ou bien constituer un service d'une entité juridique ou d'un établissement pluridisciplinaire.
- **Les textes** : d'après la circulaire du 30 mai 2000, « l'hospitalisation à domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé ».

laire du 1^{er} décembre 2006 rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, son régime d'autorisation, ses obligations, le rôle des différents acteurs et son positionnement au sein d'une offre de soins locale.

- **Périmètre de l'HAD** : elle concerne les soins de médecine, d'obstétrique et les soins de suite et de réadaptation. L'activité en HAD est bien distincte de celle des soins infirmiers à domicile et des soins de dialyse à domicile.
- **Le séjour en HAD** : le séjour d'un patient en HAD est la période comprise entre le jour de l'admission et le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante.
- **L'unité séjour** : il s'agit ici de la notion de séjour-patient : plusieurs séjours effectués par un même patient sont autant de séjours différents.
- **La séquence de soins** : elle correspond à une période du séjour du patient en HAD durant laquelle celui-ci présente une situation clinique

précise, définie par la combinaison de trois critères médicaux que sont le mode de prise en charge principal, un mode associé (éventuel) et le niveau de dépendance. Un séjour peut être constitué d'une seule séquence de soins (séjour mono-séquence) ou de plusieurs séquences successives (séjour multi-séquences) dès lors que la situation clinique du patient varie au cours d'un même séjour.

L'activité des structures d'HAD

Le secteur public réalise un peu moins de 40 % des 136 000 séjours en HAD et le secteur privé à but non lucratif 55 %. Mesurée en journées, l'activité en HAD demeure davantage réalisée par le privé à but non lucratif (65 %) que par le secteur public (27 %). Les séjours effectués dans les structures du secteur public sont des séjours plus courts que ceux réalisés dans le secteur privé à but non lucratif : si les séjours mono-séquences de soins sont les plus fréquents avec 79 % (voir tableau 2), ils représentent 83 % des séjours dans le public contre 77 % dans le privé à but non lucratif.

Les modes de prise en charge de « périnatalité », de « soins palliatifs » et de « soins techniques de cancérologie » sont les modes les plus répandus. Ils concentrent plus de 55 % des séjours (voir la fiche « Les patients hospitalisés à domicile »). Les structures d'HAD n'ont pas la même activité selon leur statut juridique : celles du secteur privé à but non lucratif sont plus présentes sur les modes de prises en charge liés aux « soins palliatifs », puis à la « périnatalité » et aux « soins techniques de cancérologie » qui, réunis, représentent plus de 56 % des séjours du secteur. Les prises en charge liées à la périnatalité sont quant à elles plus répandues dans le secteur public : elles représentent un tiers des séjours du secteur.

précise, définie par la combinaison de trois critères médicaux que sont le mode de prise en charge principal, un mode associé (éventuel) et le niveau de dépendance. Un séjour peut être constitué d'une seule séquence de soins (séjour mono-séquence) ou de plusieurs séquences successives (séjour multi-séquences) dès lors que la situation clinique du patient varie au cours d'un même séjour.

- **Le mode de prise en charge** : il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au patient au cours d'une séquence de soins (par exemple chimiothérapie, accompagnement de fin de vie, etc.). Un ou 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.

Pour en savoir plus

- Valdelièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L., 2009, « Les struc-

tures d'hospitalisation à domicile », *Études et Résultats*, n° 700, juillet, DREES.

- Afrite A., Com-Ruelle L., Chaleix M., Valdelièvre H., 2009, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients », *Questions d'économie de la santé*, n° 140, mars, IRDES.

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DGOS et l'ATIH fournit une description « médico-économique » de l'activité d'hospitalisation à domicile des établissements de santé depuis 2005.

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (journées) et les facteurs de production associés (lits/places) en hospitalisation à domicile.

TABLEAU 1 ● Capacités et activité des structures d'HAD selon leur statut juridique

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Places installées	Activité en journées
Secteur public	122	3 160	926 640
Centre hospitalier régional	13	1 175	393 170
Centre hospitalier (et autres)	109	1 985	533 470
Secteur privé à but non lucratif	108	6 280	2 251 280
Centre de lutte contre le cancer	3	110	40 980
Structure associative d'HAD	89	5 460	1 978 480
Autres	16	710	231 820
Secteur privé à but lucratif	34	930	278 790
Ensemble	264	10 370	3 456 710

Note • L'activité est celle des disciplines de médecine, obstétrique et « soins de suite et de réadaptation », c'est-à-dire hors psychiatrie. Le total des places d'HAD installées est celui déclaré dans la SAE, pour réaliser l'activité HAD en MCO et SSR.

Champ • France métropolitaine.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2009, traitements DREES ; DREES, SAE 2009, traitements DREES.

CARTE ● Densité de places HAD par région, en 2009

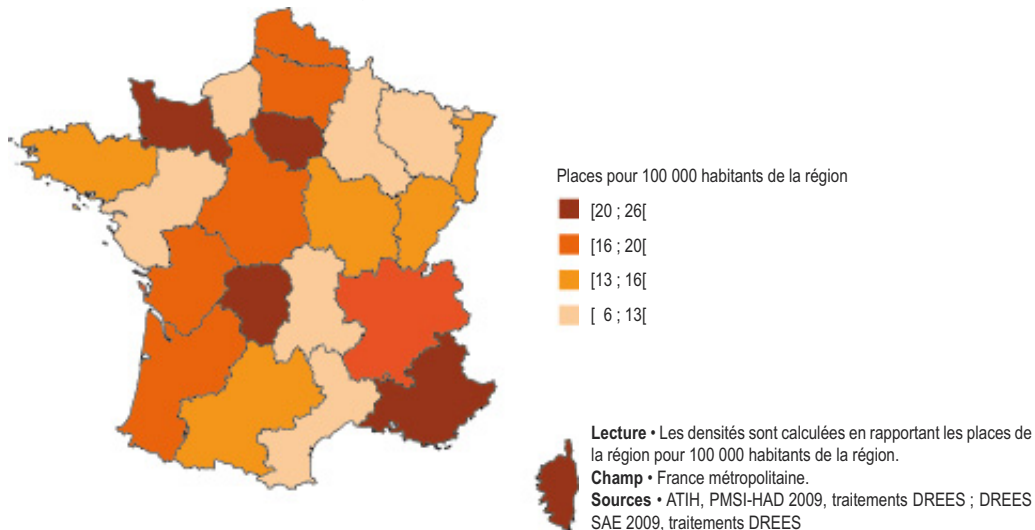


TABLEAU 2 ● Répartition des séjours selon le statut juridique des structures d'HAD

Statut juridique des structures	Séjours	Part des séjours mono-séquences (en %)
Secteur public :	52 980	83
Centre hospitalier régional	21 790	88
Centre hospitalier (et autres)	31 190	81
Secteur privé à but non lucratif :	75 670	77
Centre de lutte contre le cancer	4 260	87
Structure associative d'HAD	61 040	76
Autres	10 370	84
Secteur privé à but lucratif	7 610	67
Ensemble	136 260	79

Champ • France métropolitaine.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2009, traitements DREES ; DREES, SAE 2009, traitements DREES.

Les patients hospitalisés à domicile

En 2009, près de trois millions et demi de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en France métropolitaine. Les séjours en périnatalité, en soins palliatifs, et en cancérologie sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Les patients pris en charge sont de tous âges, et six patients sur dix ne sont pas autonomes. Pour deux patients sur trois, l'HAD permet de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en établissement de santé.

Des patients de tous âges, avec des hommes plutôt âgés et des jeunes mères

L'hospitalisation à domicile s'adresse à tout patient, de la naissance à la fin de vie. En 2009, les enfants de 15 ans et moins concentrent 8,6 % des séjours, dont 5,9 % pour les nourrissons. Les personnes âgées constituent une population cible plus importante, même si, lors de sa mise en place en 1957, l'HAD n'avait pas pour mission de répondre spécifiquement à leurs besoins : les personnes de 65 ans et plus totalisent ainsi près de quatre séjours sur dix et les seules personnes de 80 ans et plus, un sur six.

Chez les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (83 % des séjours) (voir graphique 1) ; pour cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent près d'un séjour sur quatre. Plus de trois femmes sur dix hospitalisées à domicile ont entre 25 et 39 ans. Dans cette tranche d'âge, les femmes représentent d'ailleurs 78,3 % des séjours d'HAD, essentiellement pour une prise en charge en soins de périnatalité (*post-partum* pathologique, retour précoce au domicile après accouchement et grossesses à risque). De fait, les femmes prises en charge en HAD sont, en moyenne, plus jeunes que les hommes : 50,4 ans contre 63,2 ans. Mais si on se restreint aux modes de prise en charge « hors périnatalité », l'âge moyen des femmes en HAD se rapproche de celui des hommes (61,3 ans).

Des motifs de prise en charge variés lors de l'admission

Les patients hospitalisés à domicile peuvent bénéficier de différents modes de prise en charge (voir fiche précédente). Les protocoles de soins sont en effet adaptés régulièrement au cours du séjour en fonction de l'évolution de la situation clinique de la personne.

En termes de séjours et au moment de l'admission en HAD, la périnatalité représente le groupe de modes de prise en charge principaux le plus fréquent, soit le premier motif d'HAD du point de vue des traitements prescrits. Elle rassemble en effet 23,9 % des séjours effectués : 9,1 % concernent des *post-partum* et 14,7 % la surveillance des grossesses à risque et la prise en charge de nouveau-nés. En périnatalité, l'éducation du patient et de son entourage constitue le mode de prise en charge associé dans un cas sur trois.

Plus de 14 % des séjours concernent des soins de cancérologie, et majoritairement des soins de chimiothérapie anticancéreuse (11,6 %). Les soins palliatifs concentrent quant à eux 17,4 % des séjours (voir tableau).

Les autres groupes de modes de prise en charge principaux sont plus minoritaires comme motifs d'entrée en HAD, voire rares. Ils

Champ

Établissements de santé publics et privés situés en France métropolitaine ayant déclaré une activité d'hospitalisation à domicile en 2009. Les caractéristiques individuelles et médicales des patients sont celles présentées lors de leur admission en HAD.

Définitions

- **Mode de prise en charge, structure d'HAD et périmètre de l'HAD** : voir la fiche « Les structures d'HAD ».
- **Le degré de dépendance** : il est

évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) selon un gradient allant de l'autonomie complète (classe 1) à la dépendance totale (classe 4) dans six dimensions différentes : habillage, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication. La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre dimensions « habillage, déplacement-locomotion, alimentation, continence ». La dépendance cognitive est mesurée par les scores des

dimensions complexes et les soins spécifiques (8,9 %), l'assistance respiratoire ou nutritionnelle (8,1 %), les traitements intraveineux (7,6 %), les traitements post-chirurgicaux représentent 6,2 % des séjours, les autres motifs de prise en charge (6,1 %) des séjours, les soins de nursing lourds (4,2 % des séjours), puis les traitements de rééducation-réadaptation-éducation (3,1 %). La prise en charge pour l'éducation du patient et de son entourage et celle pour le traitement de la douleur apparaissent le plus souvent en tant que protocole de soins associé dans respectivement 14,8 % et 9,7 % des séjours.

Les soins périnataux induisent des hospitalisations d'une durée moyenne plus courte que les autres soins. Ainsi, le nombre de journées qui leur est associé place ce motif de prise en charge loin derrière celui des soins palliatifs, des pansements complexes et de l'assistance respiratoire ou nutritionnelle qui, réunis, rassemblent plus de la moitié des journées (56,6 %).

Plus de 60 % des patients hospitalisés à domicile ne sont pas autonomes

Le degré de dépendance, physique et/ou relationnelle, est mesurable selon un score issu de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ). En 2009, un peu moins de quatre admissions en HAD sur dix concernent des patients complètement autonomes. À l'opposé près de 15 % de patients admis en HAD sont complètement dépendants. La dépendance relationnelle est mieux préservée que la dépendance physique, en général plus lourde (avec respectivement 64,5 % et 37,7 % de patients complètement autonomes).

Une hospitalisation en établissement raccourcie ou totalement évitée pour deux patients sur trois

L'HAD se positionne comme une des alternatives à l'hospitalisation du patient en raccourcissant, retardant ou évitant totalement une hospitalisation complète. Ainsi sur le champ des séjours d'HAD commencés et terminés en 2009, un patient sur trois provenait de son domicile (voir graphique 2). L'HAD a permis d'éviter totalement une hospitalisation en établissement de santé pour près d'un patient sur quatre puisque 25,2 % demeurent chez eux en fin de séjour ; pour 5,7 % des patients, l'HAD retarde l'hospitalisation complète puisque ce dernier est ensuite transféré en établissement traditionnel.

Deux patients sur trois sont admis en HAD à la suite d'une prise en charge en établissement de santé : 38,7 % des patients écourtent une hospitalisation complète en restant à domicile. Mais ce n'est pas le cas d'un patient sur cinq (22,4 %) pour lequel une (ré) hospitalisation est nécessaire.

dimensions « comportement, relation-communication ». Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome (score AVQ de 6), faiblement dépendant (de 7 à 12), moyennement dépendant (de 13 à 18), fortement ou complètement dépendant (de 19 à 24).

Pour en savoir plus

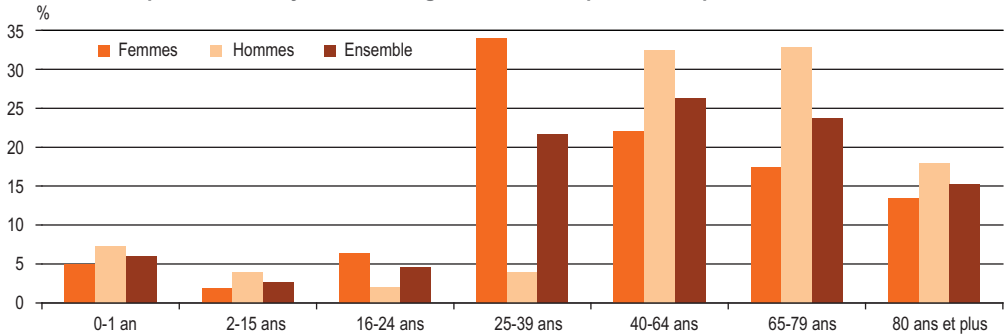
- Valdelièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L., 2009, « Les structures d'hospitalisation à domicile », *Études et Résultats*, n° 700, juillet, DREES.

- Afrite A., Com-Ruelle L., Chaleix M., Valdelièvre H., 2009, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients », *Questions d'économie de la santé*, n° 140, mars, IRDES.

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DGOS et l'ATIH fournit une description « médico-économique » de l'activité d'hospitalisation à domicile des établissements de santé depuis 2005.

GRAPHIQUE 1 ● Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile



Lecture • Les âges sont ceux observés à l'admission.

Champ • France métropolitaine.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2009, traitements DREES ; DREES, SAE 2009, traitements DREES.

TABLEAU ● Répartition des séjours et des journées correspondantes classés selon les modes de prise en charge principaux regroupés prescrits à l'admission

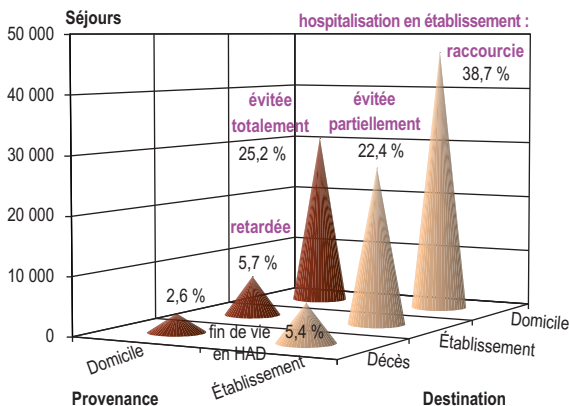
Modes de prise en charge principaux regroupés* prescrits à l'admission	Séjours		Journées	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Périnatalité	32 494	23,9	234 117	6,8
Soins palliatifs	23 724	17,4	808 319	23,4
Soins techniques de cancérologie	19 666	14,4	171 087	4,9
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	12 108	8,9	665 362	19,2
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	11 080	8,1	501 359	14,5
Traitement intraveineux	10 358	7,6	199 431	5,8
Post-traitement chirurgical	8 444	6,2	202 507	5,9
Autres motifs	8 371	6,1	183 402	5,3
Soins de nursing lourds	5 756	4,2	334 266	9,7
Rééducation-réadaptation-éducation	4 260	3,1	156 849	4,5
Ensemble	136 261	100,0	3 456 699	100,0

* Agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existants dans le recueil.

Champ • France métropolitaine.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2009, traitements DREES ; DREES, SAE 2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2009



Lecture • 33,5 % des patients ayant effectué un séjour HAD en 2009 provenaient de leur domicile, l'hospitalisation en établissement leur a donc été totalement évitée pour 25,2 % d'entre eux ; 66,5 % provenaient d'un établissement de santé : leur hospitalisation en établissement a donc été raccourcie pour 38,7 % d'entre eux. 8 % des séjours en HAD se terminent par un décès.

Champ • 120 637 séjours HAD terminés en 2009 en France métropolitaine.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2009, traitements DREES ; DREES, SAE 2009, traitements DREES.

Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

En 2009, quelque 1 800 établissements déclarent une activité de SSR et réalisent plus de 36 millions de journées en hospitalisation complète ou partielle en France métropolitaine et dans les DOM. Le secteur public prend en charge près de la moitié de l'activité. Plus de 106 500 lits et places ont été dénombrés, dont près d'un quart sont installés dans les centres hospitaliers. Les capacités sont plus importantes en Île-de-France et surtout dans l'ensemble du sud-est : les établissements du secteur privé à but lucratif y sont mieux implantés que dans les autres régions.

L'offre des établissements de soins de suite et de réadaptation

Près d'un établissement sur deux relève du secteur public (48,5 %), la moitié restante se partageant quasiment à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et non lucratif (voir tableau 1). Les centres hospitaliers (CH) et les centres hospitaliers régionaux ou universitaires (CHR/CHU) représentent les deux tiers des structures du secteur public ayant une activité de SSR (ou de moyen séjour), qu'il s'agisse de « réadaptation fonctionnelle », de « soins de suite » ou de « centres de post cure ». Dans le secteur privé, les établissements spécialisés en « convalescence et repos » et en « réadaptation fonctionnelle » constituent les deux tiers des structures.

Le secteur public offre 40 % des lits et places dédiés aux SSR, le secteur privé à but non lucratif 32 % et le secteur privé à but lucratif 28 %. La taille des services de SSR et la part de leurs capacités en ambulatoire varient selon le type de structure et son activité (voir définitions). Dans le secteur public, les sites dédiés au moyen séjour des CHR/CHU accueillent en moyenne plus d'une centaine de lits et places, dont 6,7 % de capacités en ambulatoire ; les CH disposent en moyenne d'une cinquantaine de lits et places, dont 5,4 % de capacités en ambulatoire. Les hôpitaux locaux quant à eux ont une capacité moyenne plus faible (24 lits et places) et une part ambulatoire plus faible (1,6 %), qui se rapproche plutôt de celle des établissements de convalescence et de repos du secteur privé (de 2,2 à 2,7 %).

Dans le secteur privé, les établissements « de convalescence et de repos » et de « réadaptation fonctionnelle » représentent les trois quarts des capacités. En « réadaptation fonctionnelle », la taille moyenne tourne autour de 100 lits et places et la part des capacités en ambulatoire est deux fois plus élevée que la part moyenne de l'ensemble du secteur privé pris dans son ensemble. Dans cette discipline, le secteur privé à but non lucratif dispose toutefois de davantage de capacités en ambulatoire (19,7 %) que le secteur privé à but lucratif (14,7 %). Ce dernier a développé des capacités plus élevées en centres de post cure pour alcooliques ou maison de régime que le secteur privé à but non lucratif mais la part de l'ambulatoire y est cinq

Champ

France métropolitaine et DOM, hors maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Définitions

• **Établissement** : entité géographique ou site de production par opposition à l'entité juridique (voir la fiche « Les grandes catégories d'établissements de santé »).

• **Soins de suite et de réadaptation** : ils concernent les groupes de disciplines sanitaires suivants : maladies à évolution prolongée, convalescence, repos et régime, rééducation fonctionnelle et réadaptation, lutte contre la

tuberculose et les maladies respiratoires, cures thermales, cures médicales, cures médicales pour enfants, post-cures pour alcooliques.

• **Capacités** : voir la fiche sur « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».

• **Activité** : cumul des journées d'hospitalisation complète et partielle.

• **Part de l'activité ambulatoire** : jours d'hospitalisation partielle rapportés à l'activité totale.

• **Part des capacités en ambulatoire** : nombre de places rapporté au nombre total des lits et places.

• **Densités de capacités** : les capacités de la région sont rapportées à 100 000 personnes de 50 ans et plus

de la région. Les capacités des établissements sous tutelle des Assistantes Publiques, situés hors de la région de leur tutelle, ont été affectées à parts égales dans la région de tutelle et celle du site d'implantation.

Près de la moitié de l'activité SSR est prise en charge par le secteur public

Le secteur public réalise un peu plus de 15 millions de journées en hospitalisation complète et partielle, soit 41 % de l'activité totale de moyen séjour. Les 486 centres hospitaliers (CH) réalisent 53 % de l'activité du secteur public et les CHR/CHU et leurs sites d'implantation en SSR, près d'un tiers. Le reste de l'activité se répartit à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et non lucratif, avec près de 11 millions de journées par secteur. Les établissements de réadaptation fonctionnelle représentent 41 % de l'activité du secteur privé à but non lucratif et les établissements de convalescence et de repos, près de la moitié de celle du secteur privé à but lucratif.

Le secteur privé à but lucratif plus présent dans le sud

L'activité du secteur public est prépondérante dans le Limousin (70 % de l'activité de la région), en Champagne-Ardenne (63 %) et en Franche-Comté (55 %). L'activité du secteur privé à but lucratif est majoritaire en Provence-Alpes-Côte d'Azur (61 % de l'activité SSR de la région), en Corse (81 %) et en Languedoc-Roussillon (51 %), et ce notamment dans les établissements de convalescence et de repos (voir carte 1). Le secteur privé à but non lucratif est quant à lui prépondérant en Alsace (66 %) et en Lorraine (49 %).

Le sud-est de la France est mieux doté

Rapporté au nombre de personnes âgées de plus de 50 ans, les densités sont les plus élevées (voir carte 2) en Provence-Alpes-Côte d'Azur (602 lits et places pour 100 000 personnes de plus de 50 ans) ainsi qu'en Languedoc-Roussillon et en Île-de-France (535 lits et places pour chacune de ces régions). À l'opposé, les régions Champagne-Ardenne (297), Poitou-Charentes (347), Limousin (376) et, dans une moindre mesure, Centre (403) sont, avec les DOM, les moins dotées.

de la région. Les capacités des établissements sous tutelle des Assistantes Publiques, situés hors de la région de leur tutelle, ont été affectées à parts égales dans la région de tutelle et celle du site d'implantation.

Pour en savoir plus

Coquelet F., Valdelièvre H., « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins », *Dossiers Solidarité Santé*, DREES, à paraître.

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé

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

Le PMSI-SSR 2009 a été institué pour les hospitalisations réalisées dans des structures ayant une activité autorisée en soins de suite ou de réadaptation. Il concerne tous les séjours d'hospitalisation (complète ou partielle) en établissements de santé publics comme privés recueillis pour chaque semaine de prise en charge, dans un résumé hebdomadaire anonyme (RHA). Les données sont des données pondérées afin de tenir compte de la non-exhaustivité du recueil.

TABLEAU ● Établissements développant des soins de suite et de réadaptation selon le statut et la catégorie d'établissements

Statut juridique des structures	Nombre d'établissements	Capacités		Activité PMSI	
		Capacités (lits et places)	Part (en %) de l'ambulatoire	Journées	Part (en %) de l'ambulatoire
Secteur public :	872	42 377	5,1	15 171 776	5,0
Site d'implantation SSR de centre hospitalier régional (CHR/CHU)	89	9 996	6,7	4 780 012	7,4
Centre hospitalier (CH)	486	25 227	5,4	8 113 781	4,7
Hôpital local	276	6 522	1,6	2 093 937	0,7
Autre*	21	632	0,1	184 046	9,1
Secteur privé à but non lucratif :	479	33 833	10,9	10 862 661	11,0
Établissement de convalescence et de repos	167	10 482	2,2	3 798 770	0,6
Établissement de réadaptation fonctionnelle	156	15 001	19,7	4 465 416	21,3
Centre de post cures pour alcooliques et maison de régime	28	1 208	4,8	373 404	5,0
Établissement de soins pluridisciplinaires**	95	5 342	6,3	1 673 721	10,3
Autre***	33	1 800	5,1	551 351	4,4
Secteur privé à but lucratif :	446	30 398	7,3	10 737 256	7,0
Établissement de convalescence et de repos	194	13 690	2,7	4 819 556	1,3
Établissement de réadaptation fonctionnelle	97	9 794	14,7	3 638 111	15,7
Centre de post cures pour alcooliques et maison de régime	21	1 682	0,8	617 360	0,2
Établissement de soins pluridisciplinaires**	111	4 401	8,2	1 485 919	7,6
Autre***	23	831	5,5	176 310	3,5
Ensemble	1 797	106 608	7,6	36 771 693	7,4

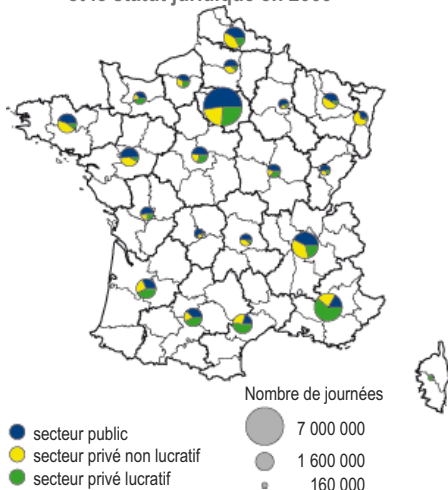
* Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (CHS), syndicat inter-hospitalier, maison d'enfants à caractère sanitaire (MECS) à caractère permanent, etc.

** Médecine, chirurgie ou obstétrique et SSR.

*** CHS, unité de soins de longue durée, pouponnières, etc.

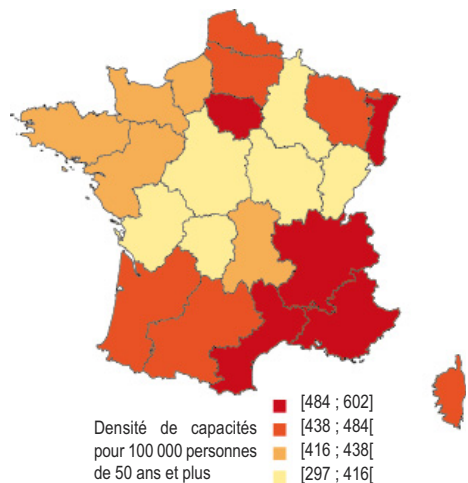
Champ • France métropolitaine et DOM, hors MECS à caractère temporaire.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2009, traitements DREES ; DREES, SAE 2009, traitements DREES.

CARTE 1 ● Activité en SSR selon les régions et le statut juridique en 2009


Champ • France métropolitaine, hors MECS à caractère temporaire.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2009, traitements DREES ; DREES, SAE 2009, traitements DREES.

CARTE 2 ● Densités de capacités en SSR en 2009


Champ • France métropolitaine, hors MECS à caractère temporaire.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2009, traitements DREES ; DREES, SAE 2009, traitements DREES.

La patientèle d'hospitalisation complète des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

En 2009, les établissements de SSR ont pris en charge plus d'un million de séjours en hospitalisation complète, représentant plus de 36 millions de journées. Les soins dispensés sont orientés vers une patientèle féminine, plutôt âgée, souffrant notamment d'affections traumatiques et non traumatiques du système ostéo-articulaire.

Des soins à l'admission centrés sur la rééducation

Les soins impliquant une rééducation sont la principale prise en charge déclarée lors de l'admission (60 % des séjours) ; il s'agit dans trois séjours sur quatre de rééducation mécanique. La convalescence concerne 17,6 % des séjours de SSR ; plus d'une convalescence sur trois est consécutive à une intervention chirurgicale. La chimiothérapie, la radiothérapie, les soins palliatifs, etc. concernent 17 % des séjours de SSR. Les séjours réalisés pour des conseils et avis médicaux (2,7 %) concernent majoritairement la diététique et l'alcoolisme. Les maladies intercurrentes lors de la semaine d'admission concernent 1,1 % des séjours : il s'agit le plus souvent d'affections des appareils cardio-circulatoire, respiratoire et digestif.

Des pathologies variées à l'origine des soins de suite ou de réadaptation

En 2009, dans les établissements de SSR, près de la moitié des séjours réalisés en hospitalisation complète ont été motivés par des maladies du système ostéo-articulaire (18,2 %), arthrose notamment, des lésions traumatiques (16,6 %) ou des affections cardiovasculaires (12,8 %) (voir tableau). Un peu plus du quart des séjours concernent les troubles mentaux et du comportement, les maladies du système nerveux et les affections du système digestif, métabolique et endocrinien. Plus précisément, les pathologies principalement prises en charge sont les paralysies, les démences, les troubles mentaux liés à la consommation de substances psychoactives et l'obésité. Les séjours liés à la prise en charge de tumeurs malignes représentent 6,6 % des hospitalisations ; il s'agit le plus fréquemment de la prise en charge de tumeurs des organes digestifs (côlon et rectum notamment).

Une patientèle âgée et des prises en charges variant avec l'âge

En 2009, l'âge moyen des patients pris en charge est de 69,3 ans, l'âge médian est de 75 ans et 25 % des patients ont plus de 83 ans. Les femmes sont en moyenne plus âgées que les hommes (72,9 contre 64,4 ans).

Les séjours effectués par des patients de moins de 18 ans sont peu nombreux (3,2 %). Ils sont principalement classés dans les catégories majeures cliniques (CMC) des affections du système nerveux (28,7 %) et des affections nutritionnelles (25 %). Les séjours de jeunes adultes, âgés de 18 à 39 ans, sont classés pour 23,7 % d'entre eux en affections du système nerveux et, à parts égales, en affections non trauma-

Champ

France métropolitaine et DOM, hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Définitions

• **Maladie intercurrente** : affection survenant pendant l'hospitalisation en SSR.

• **Le séjour** : période comprise entre le jour de l'admission et le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante, décrite selon les caractéristiques du patient lors de la première semaine de 2008.

• **L'unité séjour** : il s'agit ici de la notion de séjour-patient : plusieurs séjours effectués par un même

patient sont autant de séjours différenciés.

• **Le nombre moyen de jours de présence** : présence effective effectuée en SSR, hors permissions.

• **L'appréciation de la morbidité** : les altérations ou problèmes de santé des patients, pour lesquels des soins de suite ou de réadaptation en hospitalisation complète leur ont été prescrits, ont été appréciés à partir de la manifestation morbide principale (MMP), voire de l'affection étiologique (AE). Ces dernières sont enregistrées lors de la semaine de l'admission des patients en SSR pour les séjours commencés en 2009 et lors de la 1^{ère} semaine de

tiques du système ostéo-articulaire et affections traumatiques du système ostéo-articulaire, brûlures et corrosions (17,7 %). Les séjours des patients âgés de 40 à 59 ans sont principalement orientés vers les affections non traumatiques du système ostéo-articulaire et les affections du système nerveux (respectivement 19,7 et 17,2 %). Dans les tranches d'âge de 60 ans à 85 ans, la répartition des séjours par CMC est la même, avec majoritairement des affections non traumatiques du système ostéo-articulaire, puis des affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire. Après 80 ans, les affections traumatiques du système ostéo-articulaire, brûlures et corrosions sont les plus fréquentes.

Une patientèle plutôt féminine et des spécificités liées au genre

En 2009, 57,8 % des séjours sont réalisés par des femmes. Ils sont principalement classés dans les CMC des affections non traumatiques du système ostéo-articulaire (arthrose), traumatiques du système ostéo-articulaire, brûlures et corrosions, et du système nerveux. Par contre, les affections de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire concernent plus fréquemment les hommes que les femmes.

Un nombre moyen de jours de présence en SSR variant avec l'âge

La durée moyenne des séjours complets (c'est-à-dire ceux commencés en 2009 ou auparavant et terminés en 2009) est de 34,3 jours. Les durées d'hospitalisation les plus longues sont celles des enfants de moins de 15 ans (40,2 jours). Quant aux patients de plus de 80 ans, ils sont en moyenne hospitalisés durant 35,7 jours.

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

À l'admission, de manière globale, sur dix patients hospitalisés (voir graphique 2), deux sont autonomes, quatre présentent une dépendance faible, trois une dépendance moyenne, et un est fortement ou complètement dépendant (voir définitions). La dépendance des patients évaluée durant les semaines d'admission et de sortie montre une évolution globalement favorable : la part des patients autonomes augmente (+4,7 %) et la part des patients complètement dépendants diminue, mais de manière modérée (-1,2 %). Cette évolution favorable est surtout liée à l'augmentation du nombre de patients autonomes sur le plan physique (+5,7 %). Par contre, la répartition des patients selon leur degré de dépendance cognitive évolue très peu entre l'admission et la sortie des patients.

2009 pour les séjours débutés en 2008.

• **La finalité principale de prise en charge (FPPC)** recouvre ce qui a été fait au patient durant la semaine. La MMP est le problème de santé sur lequel s'exerce le type de soins au patient et qui mobilise l'essentiel de l'effort médical et soignant. L'AE est le problème de santé à l'origine de la MMP.

• **Les catégories majeures cliniques (CMC)** décrivent un grand cadre de prise en charge des patients.

• **Le degré de dépendance des patients** est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne

(AVQ) lors de l'admission et lors de la sortie. La graduation est expliquée dans la fiche « Les patients hospitalisés à domicile ».

Pour en savoir plus

Coquelet F., Valdélièvre H., « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins », *Dossiers Solidarité Santé*, DREES, à paraître.

Sources

Voir la fiche « Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ».

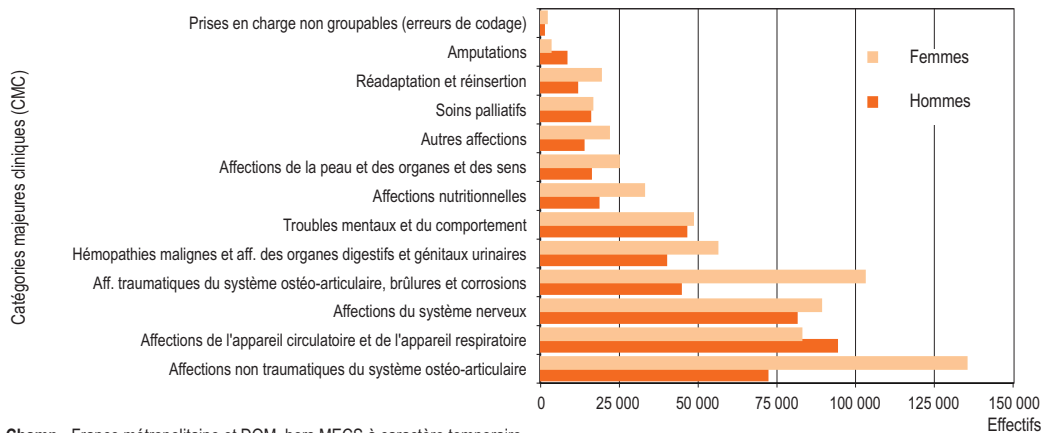
TABLEAU ● Répartition des séjours réalisés en SSR 2009, selon la morbidité enregistrée

Groupes de pathologies	Effectifs	% total
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif,	199 756	18,2
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	182 356	16,6
Affections de l'appareil cardiovasculaire	140 671	12,8
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire	103 583	9,4
Troubles mentaux et du comportement, dont :	99 991	9,1
<i>Troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substance psychoactives</i>	27 864	2,5
<i>Démences (y compris maladie d'Alzheimer)</i>	32 572	3,0
Maladies du système nerveux	100 116	9,1
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	85 901	7,8
<i>Obésité et autres excès d'apport</i>	27 794	2,5
<i>Diabète</i>	14 585	1,3
<i>Maladies de l'appareil digestif</i>	16 962	1,5
Tumeurs malignes	72 250	6,6
Affections de l'appareil respiratoire	50 632	4,6
Maladies des organes génito-urinaires	15 360	1,4
Autres pathologies (affections de la peau, maladies infectieuses et parasitaires, maladies du sang, etc.)	45 469	4,1
Non renseigné	1 196	0,1
Total	1 097 281	100,0

Champ • France métropolitaine et DOM, hors MECS à caractère temporaire.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2009, traitements DREES ; DREES, SAE 2009, traitements DREES.

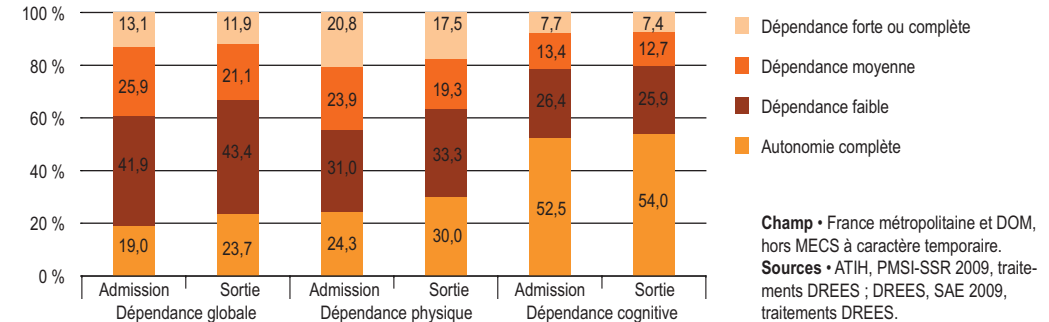
GRAPHIQUE 1 ● Répartition des séjours en SSR, selon le genre des patients et la CMC à l'admission en 2009



Champ • France métropolitaine et DOM, hors MECS à caractère temporaire.

Sources • ATIH, PMSI-SSR 2009, traitements DREES ; DREES, SAE 2009, traitements DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Répartition des séjours en SSR selon le degré de dépendance des patients enregistré à l'admission et à la sortie en 2009



L'offre et la prise en charge en soins palliatifs à l'hôpital

Dix ans après la loi visant à garantir l'accès aux soins palliatifs aux personnes qui en ont besoin, le dispositif hospitalier concernant ces soins s'est organisé. En 2009, 110 unités de soins palliatifs interviennent, aidées de 386 équipes mobiles spécifiques de soins palliatifs. Les cancers sont les principaux motifs de recours à ce type de soins. L'âge moyen des patients est un peu moins élevé en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO ou court séjour) qu'en soins de suite et de réadaptation (SSR ou moyen séjour), mais cette différence d'âge est surtout marquée pour les patients présentant une tumeur maligne.

Cadre juridique des soins palliatifs

Le développement des soins palliatifs a été impulsé par la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement, à l'hôpital comme au domicile, à toute personne nécessitant ce type de soins. Cette loi a été suivie par plusieurs plans nationaux successifs (Plan soins palliatifs et Plan cancer). L'objectif principal de ces différents règlements était de développer la démarche palliative dans les lieux de soins ainsi qu'à domicile. De ce fait, les autorisations d'activité relevant des soins palliatifs accordées aux établissements ne sont pas liées aux champs disciplinaires (MCO, SSR), mais reposent sur l'adéquation des projets aux référentiels d'organisation définis pour les modalités suivantes : lits identifiés en soins palliatifs au sein d'un service hospitalier (LISP), équipes mobiles (EMSP), unités dédiées exclusivement aux soins palliatifs (USP), soins palliatifs en hospitalisation à domicile (HAD) (voir la fiche « Les patients hospitalisés à domicile ») et bénévolat d'accompagnement. Quelle que soit l'organisation des soins palliatifs retenue par les établissements (USP, EMSP, LISP), ces soins visent à soulager la douleur et les autres symptômes présentés par les patients, la souffrance psychique, et à assurer le soutien de l'entourage et à sauvegarder la dignité des patients. Les USP et les EMSP ont de plus des missions d'expertise et leur domaine d'intervention peut dépasser les limites de l'hôpital.

Une offre en soins palliatifs relevant principalement du secteur public

Seule la prise en charge en établissement est traitée dans cette fiche. En 2009, 110 établissements de santé disposent d'une unité de soins palliatifs dont 59 % sont publics et 28 % privés à but non lucratif (voir tableau 1). De manière générale, la majorité des installations de soins palliatifs sont présentes dans des établissements publics : 48 % des lits placés en USP, 81 % des EMSP et 58 % des lits identifiés « soins palliatifs » hors USP. La part des établissements privés à but non lucratif n'est toutefois pas négligeable puisqu'ils disposent notamment de 41 % des lits d'USP.

La grande majorité des structures de soins palliatifs se trouve dans des établissements disposant de capacités d'accueil à la fois en court et en moyen séjour. Ainsi, parmi les 110 établissements dotés d'une USP, seuls 12 d'entre eux ne font que du MCO et 13 que du SSR.

Les tumeurs malignes, principal motif de recours des patients

En 2009, 80 000 patients ont bénéficié de soins palliatifs en court séjour et 33 000 en moyen séjour (voir tableau 2). Parmi les patients pris en charge en MCO, 13 % l'ont été dans des USP et 56 % dans des lits identifiés soins palliatifs hors USP. Dans cette discipline, le

Champ

France métropolitaine et DOM. Les patients sélectionnés dans le PMSI-SSR sont ceux pour lesquels une morbidité principale classée en soins palliatifs apparaît sur au moins une semaine de prise en charge. Les patients sélectionnés dans le PMSI-MCO sont ceux orientés dans les GHM de « soins palliatifs ». Les caractéristiques des patients ont été étudiées en SSR sur la semaine

d'admission du premier séjour et en MCO sur le premier séjour. La maladie retenue comme étant à l'origine des soins palliatifs est, en MCO, celle notée en diagnostic relié (DR) et, en SSR, celle notée en manifestation morbide principale (sauf dans le cas où celle-ci est un symptôme ou un facteur influant sur l'état de santé, auquel cas l'affection étiologique a été retenue).

tiers des patients restants n'est donc pas pris en charge dans des structures dédiées aux soins palliatifs.

Que ce soit en court ou en moyen séjour, les patients pris en charge le sont principalement à la suite de tumeurs malignes (70 % des cas). Cette proportion est cependant plus importante en MCO (75 % des patients) qu'en SSR (57 %). Les tumeurs malignes primitives ou secondaires (voir définitions) des appareils respiratoire et digestif – essentiellement des tumeurs broncho-pulmonaires et colorectales – dominent les prises en charge palliatives, qu'elles soient réalisées en MCO ou en SSR (respectivement 41 % et 29 % des prises en charge). Les soins palliatifs en SSR sont plutôt réalisés pour des patients présentant des cancers secondaires et des tumeurs primitives des organes digestifs. En MCO, ils sont plutôt réalisés pour des patients présentant des tumeurs primitives des appareils respiratoires et digestifs.

Les maladies de l'appareil cardiovasculaire, notamment les insuffisances cardiaques et les maladies cérébro-vasculaires (AVC) constituent le deuxième motif de prise en charge en soins palliatifs, notamment en SSR (10 %).

Des patients plus âgés et des séjours plus longs en SSR

Les patients pris en charge en SSR sont un peu plus souvent des femmes (52 %) qu'en MCO (45 %). Ils sont aussi plus âgés : la moitié des patients ont ainsi plus de 80 ans en moyen séjour, tandis que cette médiane est de 73 ans en court séjour. La différence d'âge entre MCO et SSR est davantage marquée pour les patients bénéficiant de soins palliatifs liés à des suites de cancers, notamment du sein, des organes génitaux féminins, du sang et de l'appareil respiratoire, avec des patients plus jeunes en MCO. Par contre, les patients bénéficiant de soins palliatifs à la suite d'affections de l'appareil respiratoire (insuffisance respiratoire, pneumopathies, etc) ou de maladies cardiovasculaires présentent peu de différence d'âge selon la discipline dans laquelle ils sont pris en charge.

En 2009, les patients demeurent hospitalisés en moyenne 40 jours en SSR et 20 jours en MCO au cours de leurs différents séjours : cependant, plus de huit patients sur dix n'effectuent qu'un seul séjour en soins palliatifs. Dans le cas de ces prises en charge uniques, 50 % des séjours durent moins de 12 jours en MCO et 24 jours en SSR. Les décès de patients hospitalisés pour soins palliatifs sont un peu plus fréquents en MCO (71 % des patients) qu'en SSR (63 %).

Rapporté à la population des plus de 65 ans, le nombre de patients bénéficiant de soins palliatifs (en MCO ou SSR) est élevé en Île-de-France, Limousin, Nord-Pas-de-Calais et en Champagne-Ardenne. À l'inverse, il est faible dans les DOM, notamment en Guyane, ainsi qu'en Bourgogne et Franche-Comté.

Définitions

• **Tumeurs primitives et secondaires** : primitives, elles concernent la naissance et la prolifération de cellules cancéreuses dans un organe, et secondaires, l'extension du cancer primitif dans un autre organe.

• **Manifestation morbide principale, affection étiologique** : voir la fiche « La patientèle d'hospitalisation complète des établissements de soins de suite et de réadaptation ».

Sources

PMSI-MCO et PMSI-SSR 2009, SAE 2009. Voir les fiches « Les établissements de soins de suite et de réadaptation » et « L'activité en hospitalisation complète et partielle ».

Avertissement

Le nombre de patients ne peut pas être le résultat d'une somme car un même patient peut bénéficier de séjours successifs en MCO et SSR.

TABLEAU 1 ● Répartition des structures d'accueil en soins palliatifs selon le statut de l'établissement en 2009

	Effectif total	Répartition selon le statut de l'établissement (en %)		
		Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif
Unités de soins palliatifs (USP)	110	59 %	28 %	13 %
<i>Nombre de lits dans les USP</i>	1 191	48 %	41 %	11 %
Équipes mobiles spécifiques de soins palliatifs (EMSP)	386	81 %	13 %	6 %
Nombre de lits identifiés "soins palliatifs" hors USP	4 710	58 %	25 %	17 %

Note • Le décompte de ce tableau est réalisé au niveau des établissements géographiques et non pas au niveau des entités juridiques.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

TABLEAU 2 ● Répartition de la morbidité en soins palliatifs selon la discipline

Pathologie à l'origine des soins palliatifs (à l'admission)	Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)		Soins de suite et de réadaptation (SSR)	
	Nombre de patients	%	Nombre de patients	%
Tumeurs malignes, dont :	60 273	75,3	19 109	57,4
<i>Tumeurs malignes des organes digestifs</i>	17 211	21,5	4 532	13,6
<i>Tumeurs malignes de l'appareil respiratoire</i>	12 896	16,1	2 746	8,3
<i>Tumeurs malignes secondaires :</i>	5 382	6,7	4 844	14,6
<i>- organes respiratoires et digestifs</i>	3 052	3,8	2 363	7,1
<i>- autres tumeurs malignes secondaires</i>	2 330	2,9	2 481	7,5
<i>Tumeurs malignes du sein</i>	4 903	6,1	1 028	3,1
<i>Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives, des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés</i>	3 302	4,1	949	2,9
<i>Tumeurs malignes des voies urinaires</i>	3 252	4,1	983	3,0
<i>Tumeurs malignes des organes génitaux de la femme</i>	3 136	3,9	859	2,6
<i>Tumeurs malignes des organes génitaux de l'homme</i>	3 031	3,8	832	2,5
<i>Tumeurs malignes de la lèvre, cavité buccale et pharynx</i>	2 386	3,0	671	2,0
<i>Autres tumeurs malignes</i>	4 774	6,0	1 665	5,0
Affections de l'appareil cardiovasculaire, dont :	2 954	3,7	3 120	9,4
<i>Maladies cérébro-vasculaires</i>	1 259	1,6	989	3,0
<i>Insuffisances cardiaques</i>	933	1,2	1 186	3,6
<i>Autres affections de l'appareil cardiovasculaire</i>	762	1,0	945	2,8
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	1 228	1,5	1 908	5,7
<i>Maladies de l'appareil digestif</i>	837	1,0	1 125	3,4
<i>Maladies endocriniennes, de la nutrition, du métabolisme et troubles immunitaires</i>	391	0,5	783	2,4
Affections de l'appareil respiratoire	1 585	2,0	1 672	5,0
Maladies du système nerveux	1 049	1,3	1 760	5,3
Troubles mentaux et du comportement	1 041	1,3	1 487	4,5
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	1 202	1,5	815	2,4
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	163	0,2	957	2,9
Maladies des organes génito-urinaires	536	0,7	511	1,5
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	125	0,2	344	1,0
Autres pathologies *	1 695	2,1	1 589	4,8
Non classé	8 227	10,3	5	0,0
Total	80 078	100	33 276	100

Note • Le nombre de patients ne peut pas être additionné car un même patient peut bénéficier de séjours successifs en MCO et en SSR.

* Autres pathologies : maladies infectieuses et parasitaires, facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé, maladies du sang et des organes hématopoïétiques, tumeurs bénignes et tumeurs autres et de nature non précisée, maladies de l'œil et de ses annexes, de l'oreille, de l'apophyse mastoïde, certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, malformations congénitales et anomalies chromosomiques, grossesses, accouchements et puerpéralité.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2009, traitements DREES.

Les interruptions volontaires de grossesse en établissement

Selon la Statistique annuelle des établissements (SAE), 197 500 interruptions volontaires de grossesses (IVG) ont été réalisées en établissement en 2009. Si on ajoute les 24 600 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville, on obtient un total de 222 100 IVG en 2009. Plus de 221 100 IVG ont concerné des femmes de 15 à 49 ans, soit un taux de 14,9 IVG pour 1 000 femmes de cette tranche d'âge. Près de trois IVG sur quatre sont réalisées à l'hôpital public.

La part du secteur public continue de croître

En 2009, la prise en charge des IVG a été assurée par 588 établissements en métropole et 21 dans les DOM. Les deux tiers sont des établissements publics. La part de ce secteur dans la prise en charge des IVG en établissement continue de croître mais à un rythme plus faible que celui du début des années 2000 : en 1990, 60 % des IVG étaient réalisées dans le secteur public, puis 69 % en 2002, 72 % en 2005 et 78 % en 2009 en France métropolitaine et dans les DOM. L'Île-de-France et la région Midi-Pyrénées restent les deux régions où le secteur privé est le plus présent, avec respectivement 41 et 49 % des IVG réalisées en établissements privés, contre 55 et 47 % en 2002. Dans de nombreuses régions, plus de neuf IVG hospitalières sur dix sont prises en charge par le secteur public (voir carte 1). Il s'agit des régions Bretagne, Rhône-Alpes, Auvergne, Bourgogne, Limousin, Basse-Normandie, Alsace, Centre, Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Martinique.

Une IVG médicamenteuse sur cinq est réalisée en ville

En 2009 comme en 2008 et en 2007, le nombre total d'IVG a très légèrement diminué. La diminution est marquée en milieu hospitalier, avec une partie des IVG médicamenteuses qui se reportent en cabinet libéral où elles sont autorisées depuis 2004 (voir graphique 1). En 2009, 24 669 IVG médicamenteuses ont été réalisées en cabinet de ville, soit une IVG médicamenteuse sur cinq et au total, une IVG sur dix. À l'hôpital ou en clinique, la part des IVG réalisées sans intervention chirurgicale continue à progresser très légèrement, atteignant 46 % contre 43 % en 2006. Au total, plus d'une IVG sur deux (51,5 %) est réalisée de façon médicamenteuse, en ville ou en établissement, contre 47 % en 2006. La prise en charge des IVG médicamenteuses en ville demeure très inégale selon les régions, avec 18 % réalisées en Île-de-France et 27 % à La Réunion (où la part a beaucoup progressé depuis 2008), contre moins de 5 % dans dix régions : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Limousin, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, et aucune en Martinique (voir carte 2).

Champ

France métropolitaine et DOM.

Définitions

L'évolution de la législation : la loi du 4 juillet 2001 a introduit une première modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est pratiquée en établissement depuis 1989. La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse également dans le

cadre de la médecine de ville. 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 convention. Ces IVG peuvent être pratiquées en ville jusqu'à cinq semaines de grossesse.

Pour en savoir plus

• Vilain A., 2011, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009 », *Études et Résultats*, n° 765, DREES.

6 % d'IVG « tardives » en 2009

L'augmentation de la part des IVG médicamenteuses, réalisées plus précocement que les IVG chirurgicales, et l'étalement du délai légal de recours à l'IVG introduit par la loi de 2001 (voir définitions), ont eu des effets en sens inverses expliquant le maintien de la durée moyenne de gestation, depuis 1990, un peu au-dessus de six semaines de grossesse. La part des IVG réalisées lors des onzième et douzième semaines de grossesse est de 6,1 % en 2009 comme en 2004.

Près de 1 000 praticiens conventionnés pratiquent des IVG dans leur cabinet

En 2009, 882 praticiens ont réalisé des IVG médicamenteuses en ville, dont 344 travaillant en Île-de-France et 109 en PACA, soit un peu plus de la moitié des praticiens pour ces deux seules régions. Les deux tiers d'entre eux sont des gynécologues.

Les données de la SAE permettent de mesurer le temps de travail effectif pour l'unité pratiquant des IVG, selon la catégorie du praticien, exprimé en équivalents temps plein et non en effectif. En 2009, 261 équivalent temps plein de médecins (hors anesthésistes) salariés ont été recensés, ainsi que 139 ETP d'anesthésistes et 402 ETP de sages-femmes, pour l'ensemble des 609 établissements hospitaliers. Par ailleurs, 783 médecins libéraux et 709 anesthésistes libéraux (exclusifs ou non) sont aussi décomptés.

Un taux de recours en très légère décroissance

Pour la France métropolitaine et les DOM, le recours à l'IVG concerne 14,9 femmes pour 1 000 âgées de 15 à 49 ans ; il est globalement stable depuis quelques années, en très légère décroissance depuis 2006 (voir graphique 2).

L'indice conjoncturel d'IVG, correspondant à la somme des taux d'IVG de chaque âge, permet d'évaluer le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux actuels de recours. Cet indice, qui ne dépend pas de la structure par âge, est de 0,52 IVG par femme en 2009. Il est quasiment stable depuis la fin des années 1990, après avoir baissé de 1976 à 1988 (0,66 en 1976 et 0,50 en 1988).

Dans les DOM, les taux de recours sont largement supérieurs à ceux observés en métropole (14,5 pour mille femmes), avec 20 IVG pour 1 000 femmes en 2009 à La Réunion, 23 en Martinique, 36 en Guyane et 39 en Guadeloupe.

• Vilain A., 2009, « Les établissements et les professionnels réalisant des IVG », *Études et Résultats*, n° 712, DREES.

• L'état de santé de la population en France, suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique, rapport 2009-2010, DREES.

• « L'interruption volontaire de grossesse (IVG) », Dossier de la *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2011.

Sources

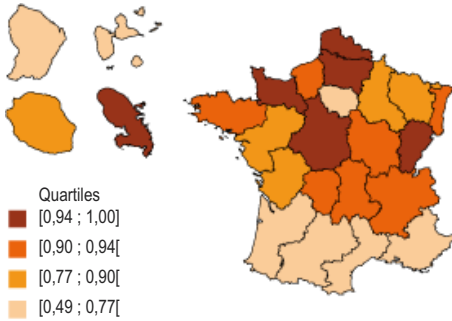
La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit

l'activité des établissements de santé et, pour les IVG, l'activité et les personnels travaillant au sein des services.

Le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) permet de recueillir des données individuelles, avec des indications sur l'âge de la femme et son lieu de domicile.

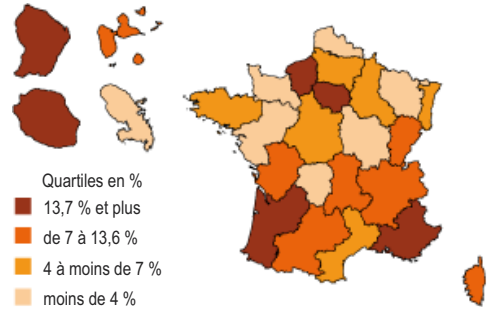
La CNAMTS (Erasmus) recueille le nombre de forfaits concernant des IVG réalisées en cabinet libéral par méthode médicamenteuse.

CARTE 1 ● Part du secteur public parmi les IVG réalisées en établissement en 2009



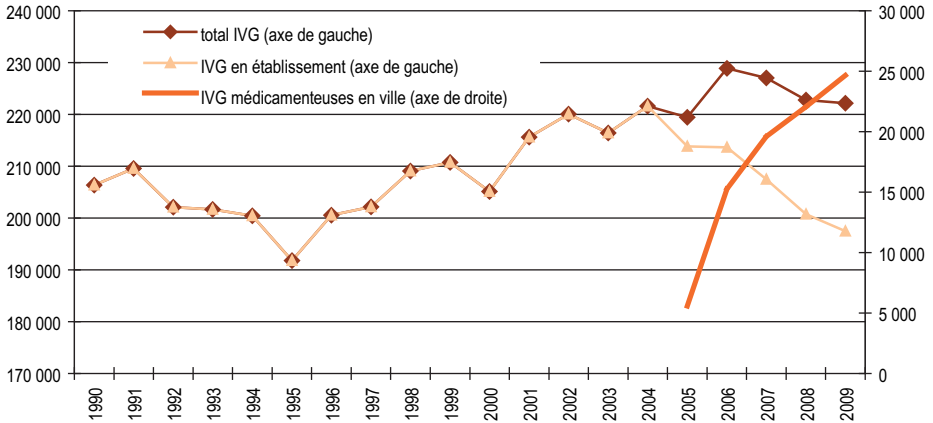
Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES.

CARTE 2 ● Part des IVG réalisées en médecine de ville parmi les IVG réalisées en 2009



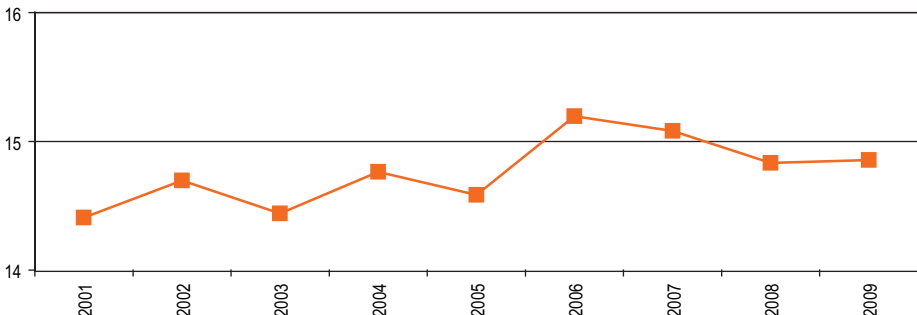
Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES ; CNAMTS, Erasme.

GRAPHIQUE 1 ● Évolution du nombre des IVG depuis 1990



Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • DREES, SAE 2009, traitements DREES ; CNAMTS, Erasme.

GRAPHIQUE 2 ● Nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans



Note • Le taux est calculé en rapportant le nombre d'IVG à l'ensemble des femmes de 15-49 ans susceptibles de courir le risque.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, SAE 2001-2009, traitements DREES ; ATIH, PMSI-MCO 2001-2009, traitements DREES ; CNAMTS, Erasme.

Les dépenses de médicaments dans les établissements de santé

En 2009, les médicaments de la liste hors groupe homogène de séjours (GHS) représentent près des deux tiers de l'ensemble des dépenses de médicaments dans les établissements de santé en France métropolitaine et dans les DOM. Les médicaments anticancéreux sont les médicaments de la liste les plus consommés. Cette étude est réalisée à partir des données du recueil médicaments DREES, qui n'inclut pas les structures d'hospitalisation à domicile (HAD), ni les services de santé des armées.

Des dépenses en médicaments estimées à 4 milliards d'euros en 2009, dont 2,4 milliards facturables en sus de l'activité

En 2009, les dépenses de médicaments (hors rétrocession [voir définitions]) des établissements de santé ont atteint 4 milliards d'euros. Les dépenses des CHU (centres hospitaliers universitaires) et celles des autres établissements publics représentent chacune un tiers des dépenses totales de médicaments des établissements. Ces dépenses concernent également pour 20 % les cliniques privées et pour 6 % les établissements privés à but non lucratif (hors centres de lutte contre le cancer – CLCC). Les CLCC représentent par ailleurs 7 % des dépenses totales de médicaments de l'ensemble des établissements.

Une liste de spécialités pharmaceutiques, fixée par l'État, fait l'objet d'un remboursement par les organismes d'assurance maladie en sus du financement à l'activité (liste hors groupe homogène de séjours - GHS). Elle concerne des produits qui seraient susceptibles d'introduire une hétérogénéité dans la distribution du coût du groupe homogène de malades (GHM) en raison de leur prix. La liste est composée majoritairement d'anti-cancéreux, de médicaments composés d'érythropoïétine, de facteurs de coagulation et d'immunoglobulines humaines.

En 2009, sur les 4 milliards d'euros de dépenses de médicaments des établissements de santé, 2,4 milliards, soit près des deux tiers, ont été générés par les médicaments inscrits sur la liste hors GHS.

La classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs concentre la majorité des dépenses

Parmi les médicaments de la liste en sus, la classe des antinéoplasiques et immunomodulateurs, qui permet de traiter le

Champ

Jusqu'en 2006, seuls les établissements de santé publics et privés ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) en France métropolitaine (hors hôpitaux locaux) étaient concernés par le recueil d'informations sur le médicament. En 2007, ce recueil a également été étendu aux DOM et aux établissements ayant une activité principale de psychiatrie ou de soins de suite et de réadaptation. Les établissements ayant une activité en soins de longue durée, l'hospitalisation à domicile et le service de santé des armées ne sont pas couverts par le champ du recueil.

Compte tenu de l'importance des dépenses de médicaments contre le cancer, huit catégories d'établissements ont été construites en fonction

du statut de l'établissement et de son activité de cancérologie.

Définitions

• **Médicaments de la liste hors GHS** : le système de remboursement en sus de la tarification à l'activité a comme objectif, d'une part, de garantir aux patients un égal accès aux soins et aux technologies médicales innovantes et, d'autre part, de faciliter la diffusion de ces dernières dans les établissements de santé. Il concerne les produits qui introduiraient une hétérogénéité dans la distribution du coût du groupe homogène de malades (GHM), soit en raison de leur coût très élevé, soit parce que leur utilisation ne concerne qu'une minorité de patients du GHM. La liste est composée principalement : d'anticancéreux (classe

cancer, représente le poste de dépenses le plus important, particulièrement dans les CLCC et les établissements privés à but lucratif à forte activité en cancérologie. Ainsi, dans ces deux catégories d'établissements, l'achat d'antineoplasiques et d'immunomodulateurs figurant sur la liste hors GHS représente plus de 90 % des dépenses en molécules facturables en sus (voir graphique 1).

Dans les autres établissements, cette classe représente la majorité des dépenses des médicaments de la liste en sus, y compris dans les établissements ayant une faible activité en cancérologie. Les autres classes consommées sont les médicaments « anti-infectieux à usage systémique » qui traitent les infections et « sang et organes hématopoïétiques » qui permettent de traiter les maladies du sang. La première est plus importante dans les CHU et la seconde dans les établissements privés à but lucratif à faible activité de cancérologie.

La proportion de médicaments facturables en sus la plus importante se situe ainsi dans les CLCC (83 %), dans les CHU (62 %) et dans les établissements ayant une forte activité en cancérologie. À l'inverse, dans les établissements ayant une faible activité en cancérologie, les médicaments en sus ne représentent en moyenne qu'un tiers des dépenses totales de médicaments (voir graphique 2).

Ces médicaments en sus ont des prix souvent très élevés. C'est pourquoi leur coût n'est pas intégré dans les tarifs (GHS) mais remboursé intégralement aux établissements de santé par l'Assurance maladie, afin de garantir l'égal accès aux soins. En conséquence, en volume, la part de ces médicaments rapportée à l'ensemble des médicaments consommés est très faible, variant suivant les catégories d'établissements de 1 % (faible activité en cancérologie) à 2 % (CLCC) du volume total de médicaments consommés.

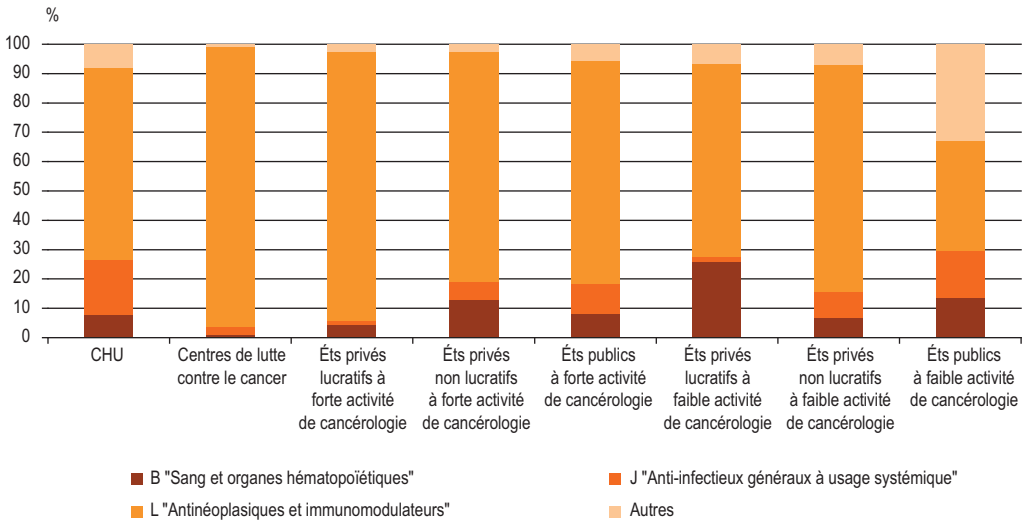
Pour en savoir plus

DGOS, 2010, Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A).

Sources

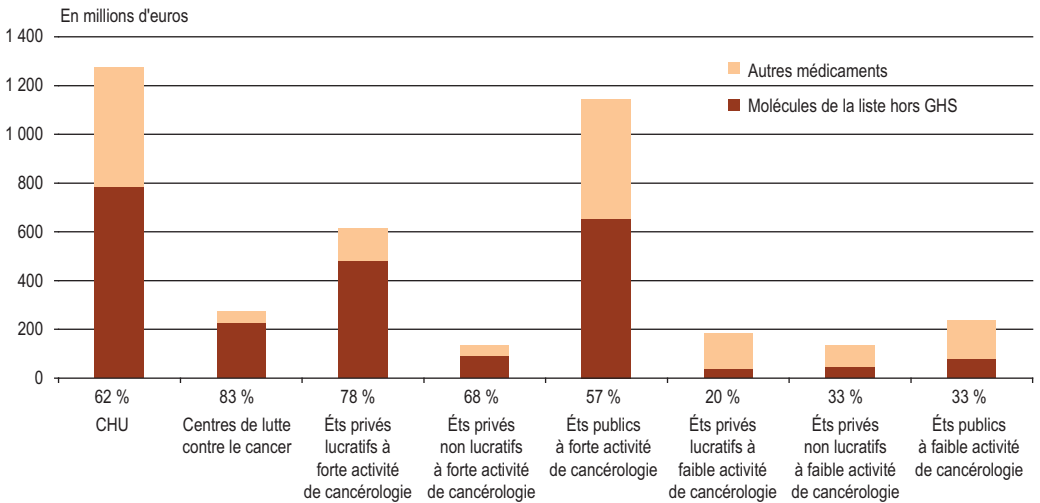
Le recueil d'informations sur le médicament dans les établissements de santé organisé par la DREES permet de connaître pour chacun des établissements les achats (prix moyen pondéré et quantités) de médicaments par unité commune de dispensation (UCD), les quantités délivrées et les ventes au public (rétrocession). Le taux de réponse de cette collecte en termes d'activité est de 71 %. Les données de dépenses ont donc été redressées pour être représentatives de l'ensemble du champ. Le critère utilisé pour le redressement est l'activité en cancérologie.

GRAPHIQUE 1 ● Répartition des dépenses de médicaments de la liste hors GHS par classe thérapeutique



Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • Recueil médicaments, DREES 2009.

GRAPHIQUE 2 ● Dépenses de médicaments et part des médicaments facturables en sus par catégorie d'établissements



Champ • France métropolitaine et DOM.
Sources • Recueil médicaments, DREES 2009.

6

La situation économique du secteur

- La part des établissements de santé dans la consommation de soins
- Disparités territoriales des dépenses de soins hospitaliers de court séjour
- La situation économique et financière des cliniques privées
- La situation économique et financière des hôpitaux publics

La part des établissements de santé dans la consommation de soins

Avec 81 milliards d'euros en 2010, le secteur hospitalier (établissements des secteurs public et privé) représente 46,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,7 % de la consommation totale des ménages. L'Assurance maladie finance 90,9 % des dépenses de soins hospitaliers.

La consommation de soins hospitaliers s'élève à 81 milliards d'euros en 2010

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique), moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et psychiatrie donne lieu à une dépense de soins s'élevant, en 2010, à 81 milliards d'euros (voir tableau 1). À la différence des autres fiches, le secteur hospitalier ne comprend pas, dans les Comptes de la santé, l'hospitalisation de longue durée (souvent appelée long séjour). Celle-ci est comptabilisée avec les autres dépenses de soins de longue durée (soins assurés en établissements d'hébergement pour personnes âgées [EHPA] ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD] ; soins assurés à domicile par les services de soins et d'aide à domicile [SSAD] ; soins assurés en établissements aux personnes handicapées).

La part de la consommation de soins hospitaliers dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux est globalement stable : elle est passée de 46,2 % en 2005 à 46,4 % en 2010. Pour la situer dans l'ensemble de l'économie, la consommation de soins hospitaliers représente, en 2010, 5,7 % de la consommation totale effective des ménages. Cette part a légèrement augmenté depuis 2005 (+0,2 point) (voir graphique 1).

En 2010, l'évolution de la consommation de soins hospitaliers est supérieure à celle de la consommation totale de soins et biens médicaux, et ce pour la troisième fois en cinq ans (voir graphique 2).

Dans le secteur public hospitalier, qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à

but non lucratif, la consommation de soins s'élève à 61,8 milliards d'euros. Elle croît de 2,5 % en valeur en 2010, ce qui marque une nette décélération par rapport à l'année précédente (+3,6 %).

Dans le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées, la consommation de soins (y compris les honoraires perçus en établissement) s'est élevée à 19,5 milliards d'euros en 2010. La croissance en valeur observée en 2010 (+3,1 %) est inférieure à celle de 2009 (+4,7 %).

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers : 90,9 % en 2010 contre 75,8 % pour l'ensemble de la consommation de soins et biens médicaux (voir tableau 2). En effet, une large majorité des séjours donnent lieu à une facturation sans ticket modérateur, compte tenu de leur motivation par une affection de longue durée (ALD) ou de leur durée. L'intervention des autres financeurs est donc très faible. La part des organismes complémentaires est cependant en progression depuis cinq ans (4,9 % en 2010 contre 4 % en 2005) tandis que la part de la Sécurité sociale diminue (90,9 % en 2010 contre 92,1 % en 2005). Ces évolutions s'expliquent par les hausses du forfait journalier hospitalier (+1 euro par an entre 2005 et 2007 et +2 euros en 2010) ainsi que des tarifs journaliers de prestations (TJP) qui servent de base au calcul des tickets modérateurs à l'hôpital public. La mise en place en 2007 de la participation des assurés de 18 euros pour les actes « lourds » (cotés K50 ou supérieurs à un coût de 91 euros) ont également eu un impact.

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 2010, en France métropolitaine et dans les DOM. Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (soins de longue durée et soins en maisons de retraite) sont exclues.

Définitions

• **Consommation de soins hospitaliers** : ensemble des services (soins et hébergement) fournis par les hôpi-

taux du secteur public et par les établissements du secteur privé (à but lucratif ou non).

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.

• **Consommation de soins et de biens médicaux** : elle représente la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire national – y compris les DOM – pour la satisfaction de leurs besoins individuels par les assurés sociaux français ou les personnes prises en charge par l'aide médicale d'État

(AME). Elle est évaluée grâce aux financements, d'origine publique ou privée, qui en sont la contrepartie.

• **Consommation effective des ménages** : elle est égale à la somme de la dépense de consommation des ménages et des dépenses individualisables des administrations publiques (pour l'essentiel dépenses de santé, c'est-à-dire remboursements de l'Assurance maladie et dépenses d'éducation).

Pour en savoir plus

• Fenina A., Le Garrec M.-A., Koubi M., 2010, « Les comptes nationaux

de la santé en 2010 », *Études et Résultats*, n° 773, septembre, DREES.

• Fenina A., Le Garrec M.-A., Koubi M., 2010, « Comptes nationaux de la santé en 2010 », *Document de travail, Série Statistiques*, n° 161, septembre, DREES.

Sources

Comptes de la santé, qui est un compte satellite des comptes de la nation. Depuis 2010, les comptes sont établis selon une nouvelle base des comptes nationaux (base 2005).

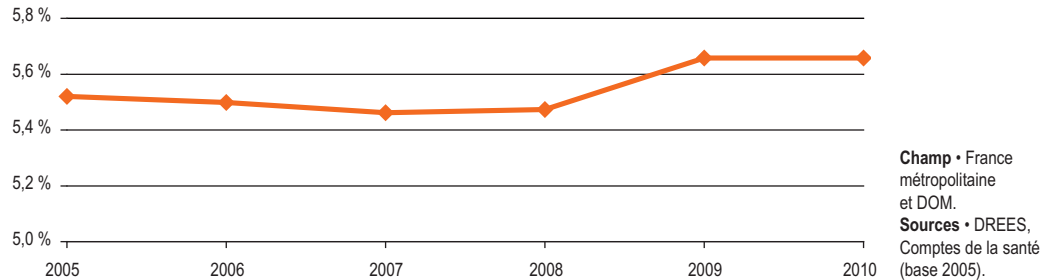
TABEAU 1 ● Consommation de soins hospitaliers et consommation de soins et biens médicaux (en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Consommation de soins et biens médicaux	148 116	153 748	160 352	165 710	170 956	174 968
Consommation de soins hospitaliers, dont :						
- soins hospitaliers en secteur public	68 487	71 051	73 644	76 208	79 116	81 204
- soins hospitaliers en secteur privé	15 714	16 432	17 162	18 021	18 860	19 454
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et biens médicaux	46,2 %	46,2 %	45,9 %	46,0 %	46,3 %	46,4 %

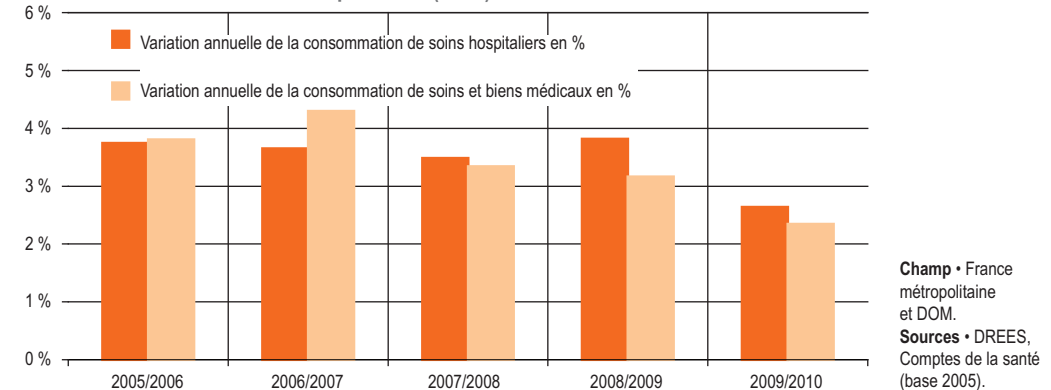
Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES - Comptes de la santé (base 2005).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 2005



GRAPHIQUE 2 ● Évolution annuelle de la consommation de soins hospitaliers et de la consommation de soins et biens médicaux depuis 2005 (en %)



TABEAU 2 ● Structure de financement de la consommation de soins en 2010 (en %)

	Consommation de soins et biens médicaux	Consommation de soins hospitaliers
Sécurité sociale de base (1)	75,8	90,9
État et CMU-C organismes de base (2)	1,2	1,1
Organismes complémentaires (3)	13,5	4,9
Ménages	9,4	3,2
Ensemble	100,0	100,0

(1) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(2) CMU-C : couverture maladie universelle - complémentaire.

(3) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DREES, Comptes de la santé (base 2005).

Disparités territoriales des dépenses de soins hospitaliers de court séjour

Une partie des disparités départementales de consommation de soins hospitaliers de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) est liée aux différences de structure démographique et d'état de santé des populations locales. Lorsqu'on corrige statistiquement ces différences, les consommations de soins hospitaliers par habitant ainsi standardisées sont presque deux fois moins dispersées que les consommations observées. La consommation de soins standardisée apparaît en fait relativement homogène entre les départements. L'importance des flux de patients entre départements permet d'expliquer ce résultat au regard des différences d'implantation des infrastructures hospitalières.

Des écarts de consommation expliqués pour moitié par les caractéristiques des populations

L'observation des consommations de soins hospitaliers de court séjour fait apparaître des différences importantes d'un département à l'autre (carte 1A). En 2009, la consommation moyenne de soins hospitaliers de court séjour en France métropolitaine et dans les DOM est de 628 euros par habitant. Cette consommation est calculée à partir des données d'activité du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) valorisées sur la base des tarifs appliqués au secteur public hospitalier. La consommation observée par habitant des 25 départements ayant les consommations les plus faibles est inférieure à 603 euros tandis que celle des 25 départements ayant les consommations observées les plus élevées est supérieure à 702 euros, soit un écart rapporté à la moyenne nationale de 16 %.

Ces écarts sont en partie liés aux caractéristiques démographiques et sanitaires des populations des différents départements. En particulier, les départements dont la population est plus âgée ou a un état de santé moins bon que la moyenne nationale ont des dépenses de soins supérieures aux autres départements. Pour tenir compte de ces différences, les consommations observées sont corrigées par une méthode statistique. Ce procédé de standardisation consiste à calculer, pour chaque département, une consommation théorique à partir de la consommation observée, en ramenant la structure par âge et sexe et l'état de santé de la population du département à leurs valeurs observées pour la France entière. L'état de santé est ici mesuré par la mortalité et par la part de la population en affection de longue durée (ALD). Cette standardisation réduit l'écart entre les départements qui ont la consommation la plus faible et ceux qui ont la consommation la plus élevée. La différence de consommation observée de 99 euros entre les 25 départements aux consommations les plus faibles et les 25 départements aux consommations les plus élevées

Champ

Activités d'hospitalisation (complète ou partielle) et de séances des établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ayant fonctionné en 2009 en France métropolitaine et dans les DOM (hors séances de radiothérapie et de dialyse, hors séjours non valorisés).

Définitions

• **Indicateur de dépense** : total des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS), des prestations complémentaires en cas de durée de séjour supérieure à la borne haute (EXH) ou des minorations en cas de durée de séjour inférieure à la borne

basse (forfait ou tarif EXB) et des suppléments des établissements ex-dotation globale (DG) et ex-objectif quantifié national (OQN). Les séjours sont valorisés avec la tarification des établissements ex-DG au 1^{er} mars 2009 pour corriger les effets de structure dus à des niveaux relatifs de consommations public/privé différents pour chaque département. Ces montants sont regroupés selon le département de résidence du patient.

• **Consommation par habitant** : montant de l'indicateur de dépense rapporté à la population estimée par l'INSEE au 1^{er} janvier 2009.

se réduit à 45 euros, soit 7 % de la consommation moyenne nationale, après standardisation sur les caractéristiques démographiques et sanitaires de la population de chaque département.

Ainsi, en tenant compte des spécificités de la population de chaque département en termes de structure démographique et d'état de santé, les différences de consommation de soins hospitaliers de court séjour sont atténuées de près de moitié, bien que des disparités subsistent. Les départements dont la consommation standardisée par habitant est supérieure à la moyenne nationale se situent principalement dans l'Est de la France. À l'opposé, les départements présentant une consommation standardisée nettement inférieure à la moyenne nationale se trouvent en majorité dans le Centre et l'Ouest du pays (carte 1B).

La mobilité des patients, facteur d'ajustement de l'offre et de la consommation de soins

Les écarts de consommation observés entre les départements sont moins importants que ce que l'implantation des infrastructures hospitalières laisserait supposer. Ce résultat s'explique par l'ampleur des flux de patients entre départements et entre régions. La comparaison des lieux d'hospitalisation et de résidence du patient met en effet en évidence des déplacements importants tant en termes de nombre qu'en termes de distance parcourue. La carte 2 présente les flux nets régionaux, soldes des séjours ou séances de patients entrants et sortants supérieurs à 500 séjours ou séances dans l'année. Loin devant les autres régions, l'Île-de-France accueille, en solde net, près de 163 000 séjours ou séances de patients de la plupart des autres régions de France métropolitaine et des DOM. Dans une moindre mesure, les régions PACA, Rhône-Alpes, Alsace et Aquitaine ont une attractivité importante (solde net de 24 000 à 30 000 séjours ou séances). À l'inverse, les quatre DOM ont un solde net déficitaire malgré leur éloignement de la métropole.

• **Consommation standardisée par habitant** : montant de l'indicateur de dépense après prise en compte des caractéristiques démographiques et sanitaires de la population de chaque département. La consommation par habitant est standardisée sur la structure démographique du département puis ajustée sur l'état de santé de sa population au regard de la prévalence des affections de longue durée (ALD) et de la mortalité.

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DGOS et l'ATIH

fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

Arrêté du 27 février 2009 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

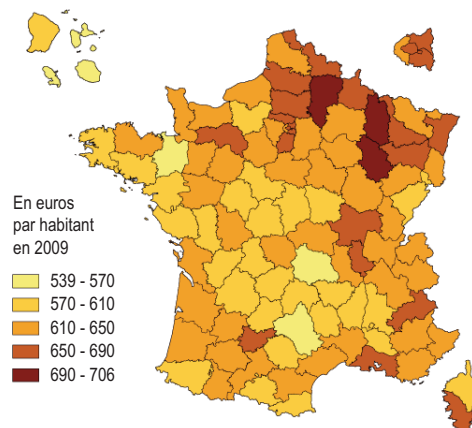
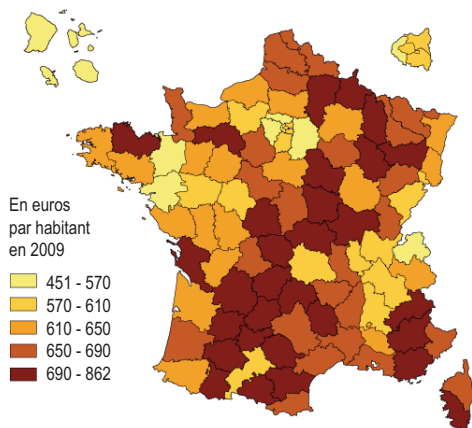
INSEE, estimations de population et mortalité, état civil (2009).

CNAMTS-SNIIR-AM : pour la standardisation, prévalence (2009) et montant moyen remboursé (2007) pour chaque ALD, population couverte par le régime général (2009).

CARTES 1A ET 1B ● **Indicateur de consommation de soins hospitaliers observée et standardisée pour les départements de France métropolitaine et DOM**

A - Consommation observée

B - Consommation standardisée

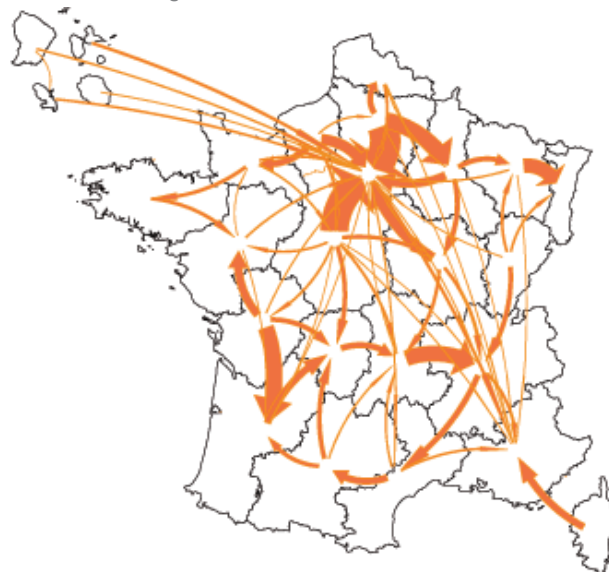


Note • Les départements sont classés en cinq catégories. La classe médiane est centrée sur la moyenne nationale des consommations de soins hospitaliers de court séjour par habitant (628 euros arrondi à 630 euros). Les classes extrêmes regroupent les départements aux consommations de soins hospitaliers de court séjour inférieures ou supérieures de plus 60 euros (écart type de la consommation observée, arrondi à la dizaine la plus proche) de la moyenne nationale. Pour chaque département, la consommation standardisée (carte 1B) est la consommation théorique qui serait observée si le département avait la même structure démographique (âge, sexe) et le même état de santé que la France dans son ensemble. L'état de santé est ici mesuré par la mortalité et par la part de la population en affection longue durée (ALD).

Champ • France métropolitaine et DOM, soins hospitaliers de court séjour.

Sources • CNAMTS-SNIIR-AM, INSEE, ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES.

CARTE 2 ● **Principaux déplacements (mesurés en flux nets) à l'occasion de séjours ou séances (MCO) entre régions et DOM**



Séjours ou séances (MCO) en 2009



Lecture • En 2009, il y a eu 11 000 séjours ou séances de patients corses soignés en Provence-Alpes-Côte d'Azur de plus que de séjours ou séances de patients provençaux soignés en Corse. Ne sont représentés ici que les flux nets, soldes des séjours ou séances de patients entrants et sortants supérieurs à 500 séjours ou séances dans l'année.

Champ • France métropolitaine et DOM, soins hospitaliers de court séjour.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2009, traitements DREES.

La situation économique et financière des cliniques privées

En 2009, la hausse du chiffre d'affaires des cliniques privées est de 3,9 %, après une croissance de 3,5 % en 2008. Par ailleurs, leur rentabilité économique reste stable à 2,1 % du chiffre d'affaires en 2009.

Une croissance du chiffre d'affaires légèrement plus dynamique en 2009 qu'en 2008

Les cliniques privées génèrent un chiffre d'affaires (CA) total de 12,1 milliards d'euros en 2009. Ce dernier a augmenté de 3,9 % alors que la hausse était de 3,5 % en 2008. Parmi les cliniques étudiées, la moitié voient leur chiffre d'affaires augmenter d'au moins 3,2 %, un quart d'au moins 6,6 % et un dixième d'au moins 11,5 %. En revanche, 22,9 % des cliniques voient leur CA stagner ou baisser entre 2008 et 2009. Par ailleurs, la progression du CA des cliniques reste dans sa globalité nettement plus faible dans le secteur MCO (3,4 %, soit une hausse de 0,6 point par rapport à 2008) que dans le secteur hors MCO (5,5 %, soit une baisse de 1,0 point depuis 2008), même si l'écart entre les deux secteurs s'est resserré en 2009.

La rentabilité économique de l'ensemble des cliniques se stabilise en 2009

En 2009, la rentabilité économique – rapport du résultat net au chiffre d'affaires – s'établit à 2,1 % du CA. Elle reste donc constante par rapport à l'année 2008, et ce quel que soit le secteur considéré : 1,6 % pour le secteur MCO contre 3,8 % pour le secteur hors MCO (voir graphique 1).

La moitié des cliniques privées enregistre une rentabilité économique supérieure à 2,7 %, valeur médiane proche de celle de 2008 (2,6 %). Une clinique sur dix affiche un taux de rentabilité économique supérieur à 11,4 %, seuil comparable à celui de 2008 (12,0 %). Ces établissements les plus rentables réalisent 4,6 % du CA total de l'ensemble des cliniques.

En 2009, 25,6 % des cliniques déclarent des pertes, proportion

comparable à celle de 2008. Parmi les cliniques présentes en 2008 et 2009, 16,3 % déclarent des pertes pour les deux années. Le CA des cliniques déficitaires en 2009 représente 24,4 % du CA total de l'ensemble des cliniques, contre 27 % en 2008. En outre, 10 % de l'ensemble des cliniques affichent en 2009 une rentabilité économique inférieure à -7,8 %.

Le taux de marge brut d'exploitation, correspondant au ratio de l'excédent brut d'exploitation sur le chiffre d'affaires, a légèrement augmenté en 2009 ; il s'établit à 5,9 % du CA, soit 0,2 point de plus qu'en 2008 (voir tableau).

Stabilité des investissements dans les cliniques privées, mais hausse du taux d'endettement des cliniques MCO

La capacité d'autofinancement (CAF) en part du chiffre d'affaires des cliniques privées s'établit en 2009 à 4,3 % du CA, chiffre stable depuis 2008 (-0,1 point). En revanche, la hausse de la capacité d'autofinancement en valeur, plus faible (+1,1 %) que celle des dettes financières (+5,4 %), provoque une dégradation de la capacité de remboursement des cliniques, qui s'établit à 3,7 années (contre 3,5 années en 2008). Le niveau de l'effort d'investissement reste stable à 8,4 % du CA en 2009 (soit -0,2 point par rapport à 2008, voir graphique 2). Contrairement à 2008, cette stabilité relative se retrouve autant dans les cliniques MCO qu'hors MCO. En revanche, l'endettement des cliniques privées augmente en 2009, atteignant 42,1 % du CA (soit une hausse de 2,9 points par rapport à 2008). Cette augmentation est en fait générée par une hausse de l'endettement des cliniques MCO à 40,8 % (soit 3,7 points de plus qu'en 2008), l'endettement des cliniques MCO restant stable à 46,3 % (soit -0,1 point).

Champ

Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce, mais parfois avec retard. Les données 2009 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DOM ayant déposé leurs liasses fiscales aux tribunaux de commerce ; ces chiffres ont été croisés avec l'enquête SAE 2009 afin de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées. Au final, 858 cliniques sont étudiées pour l'année 2009, nous permettant notamment le calcul de la rentabilité économique. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par une repondération des données, de rendre notre échantillon de cliniques ayant déposé leurs comptes représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie nous permet d'estimer plus précisément le chiffre d'affaires total des cliniques ainsi que les différents indicateurs financiers.

Les données publiées dans cette fiche ne sont pas directement comparables avec celles publiées dans les versions antérieures à 2010 du Panorama des établissements de santé, en raison d'améliorations méthodologiques permettant le traitement de la non-réponse.

Définitions

- **Achats et charges externes** : ils comprennent notamment les achats médicaux, la sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-bail, les loyers, l'entretien et les primes d'assurance.
- **Capacité d'autofinancement (CAF)** : elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur. Elle peut s'exprimer en valeur, ou être rapportée au CA.
- **Capacité de remboursement** : rapport des dettes financières à la

CAF en valeur. Elle permet de mesurer le temps nécessaire à l'établissement pour rembourser ses dettes.

- **Chiffre d'affaires (CA)** : il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la Sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).

- **Effort d'investissement** : il permet de rapporter le niveau de l'investissement au niveau de l'activité de l'établissement.

- **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.

- **Rentabilité économique (résultat net/CA)** : elle permet de rapporter le

niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.

- **Taux de marge brute d'exploitation (EBE/CA)** : il représente la performance de l'entreprise, indépendamment des politiques financière, d'amortissement et de distribution des revenus.

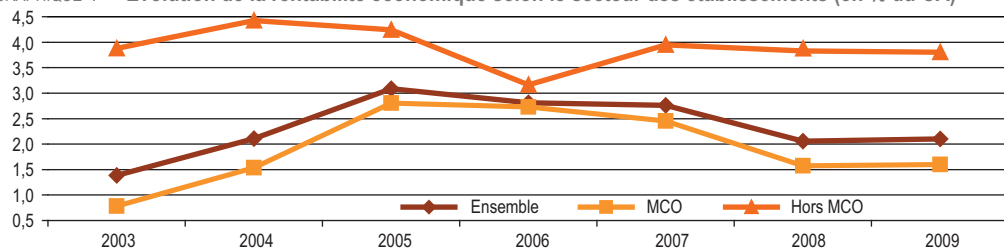
Pour en savoir plus

Aude J., 2010, « Calage sur marges de la base des cliniques privées pour améliorer l'estimation de la situation économique », *Document de travail, Série Sources et Méthodes*, n° 17, octobre, DREES.

Sources

Comptes des cliniques privées transmis aux tribunaux de commerce. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

GRAPHIQUE 1 ● Évolution de la rentabilité économique selon le secteur des établissements (en % du CA)



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-2009, calculs DREES.

TABLEAU ● Compte de résultat des cliniques privées

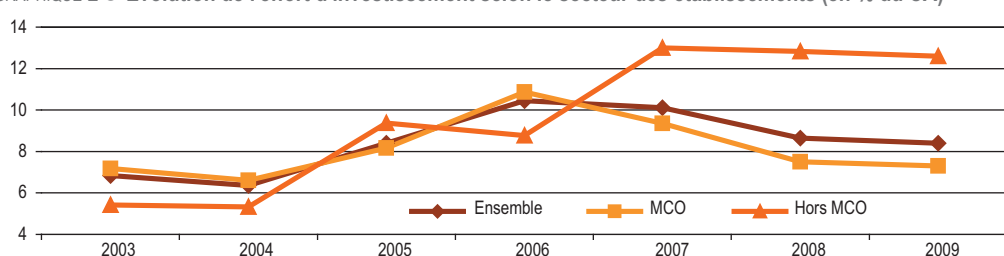
	2008	2009
Chiffre d'affaires total (en millions d'euros)	11 630	12 079
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	10,9	11,3
Achats et charges externes (en % du CA)	-45,1 %	-45,2 %
dont		
Achats consommés	-18,1 %	-17,8 %
Autres achats et charges externes	-27,1 %	-27,5 %
Variation de stocks	0,1 %	-0,1 %
Frais de personnel (en % du CA)	-43,9 %	-43,8 %
dont		
Salaires bruts	-31,4 %	-31,5 %
Charges sociales	-12,4 %	-12,3 %
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,3 %	-5,1 %
dont		
Impôts, taxes et versements assimilés	-6,0 %	-6,0 %
Subvention d'exploitation	0,7 %	0,9 %
Excédent brut d'exploitation (en % du CA)	5,7 %	5,9 %
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-2,1 %	-1,7 %
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	1,1 %	-0,1 %
Résultat d'exploitation (en % du CA)	3,7 %	4,2 %
Résultat financier	-0,4 %	-0,3 %
dont		
Produits financiers	0,9 %	0,8 %
Charges financières	-1,3 %	-1,1 %
Résultat courant (exploitation + financier)	3,3 %	3,8 %
Résultat exceptionnel (en % du CA)	0,8 %	0,1 %
dont		
Produits exceptionnels	3,1 %	2,4 %
Charges exceptionnelles	-2,3 %	-2,3 %
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4 %	-0,4 %
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,5 %	-1,4 %
Résultat net (en % du CA)	2,1 %	2,1 %

Lecture • Rapportés au CA, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, ceci à cause des arrondis à un chiffre après la virgule.

Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2008-2009, calculs DREES.

GRAPHIQUE 2 ● Évolution de l'effort d'investissement selon le secteur des établissements (en % du CA)



Champ • Cliniques privées de France métropolitaine et des DOM.

Sources • Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2003-2009, calculs DREES.

La situation économique et financière des hôpitaux publics

En 2009, le déficit des hôpitaux publics continue de se réduire ; il passe de 486 millions en 2007 à 345 millions d'euros en 2008 et 220 millions d'euros en 2009. Sous l'impulsion du plan Hôpital 2012, les investissements ont continué d'augmenter. Parallèlement, les conditions et les capacités de financement se sont dégradées.

Le déficit des hôpitaux s'élève à 220 millions d'euros en 2009

En 2009, le déficit des hôpitaux publics continue de se réduire et atteint 223 millions d'euros, ce qui représente 0,4 % de leurs recettes (voir tableau). Le redressement observé en 2008 se confirme donc pour l'année 2009. Ce déficit était de 486 millions d'euros en 2007 et de 345 en 2008.

Les comptes financiers continuent de s'améliorer en 2009 pour toutes les catégories d'établissements, notamment pour les CHR (hors AP-HP). Ainsi, la situation des CHR (hors AP-HP) commence à se redresser en 2009 : leur déficit global passe de 357 à 267 millions d'euros.

Les produits des établissements publics sont estimés à près de 64,5 milliards d'euros en 2009

En 2009, les produits hors rétrocession de médicaments (voir définitions) des hôpitaux publics s'élèvent à 64,5 milliards d'euros (Md€) (+2,3 %). Ils sont fortement concentrés au sein du secteur public. Les 31 CHR, soit 3 % des entités juridiques du secteur, reçoivent un peu plus de 36 % des produits.

Le budget principal du secteur public, qui représente 88 % du budget total, s'établit à 56,7 Md€. Ce budget est ventilé en trois groupes fonctionnels de produits. Avec près de 47 Md€, les produits versés par l'Assurance maladie (groupe 1) ont progressé de 3,3 % en 2009. Ils sont constitués principalement des produits de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations (voir graphique 1 et chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel »). La progression des autres produits de l'activité hospitalière (groupe 2), retraçant principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, ont progressé de 3,8 %. Le montant de ces produits atteint 4,5 Md€. Enfin, les autres produits (groupe 3) ont diminué de 3,2 % pour s'établir à 5,3 Md€. Ils correspondent par exemple aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement, aux remises et ristournes obtenues sur les achats stockés de matières premières et de fournitures.

64,7 milliards d'euros de charges pour le secteur public en 2009

Les charges du secteur public sont estimées en 2009 à 64,7 Md€, dont 88 % comptabilisées en budget principal.

Champ

France métropolitaine et DOM. Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 971 en 2009. Seuls les produits hors rétrocession ont été retenus dans l'analyse.

Définitions

• **Produits** : ils correspondent aux produits totaux définis par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les produits de l'activité hospitalière, les produits financiers et exceptionnels.

• **Les centres hospitaliers (CH)** : ils

sont classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits : les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les moyens CH (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.

• **Budget principal** : il présente les opérations financières des activités

de court et moyen séjour et de psychiatrie.

Comme en 2008, elles progressent moins rapidement que les produits (+2,1 % contre +2,3 %). Les charges de personnel, représentant le premier poste de dépense, progressent modérément de 1,1 % ce qui témoigne d'un effort de gestion de la part des hôpitaux ; elles s'établissent à 43,8 Md€, soit 68 % du total des charges. Pour le seul budget principal, elles s'élèvent à 38,9 Md€ (groupe 1). En 2009, les charges à caractère médical (groupe 2) progressent à un rythme moins élevé que les années précédentes (+4,4 % contre +6,6 % en 2008). Elles atteignent 8 Md€ sur le seul budget principal. Les charges à caractère hôtelier et général (groupe 3) ainsi que les charges d'amortissements et frais financiers progressent respectivement de 3,9 % et 5 % et atteignent respectivement 5,7 Md€ et 5,6 Md€.

Des investissements importants financés de plus en plus par l'endettement

En 2009, l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. Ainsi, la part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,9 % en 2008 et 11,3 % en 2009 (voir graphique 2).

Les capacités des établissements à financer les investissements à partir des flux d'exploitation continuent de progresser en 2009. En effet, la capacité d'autofinancement (CAF), mesurant les ressources générées par l'activité courante de l'établissement, augmente et passe de 3,4 Md€ en 2008 à 4 Md€ en 2009 en raison notamment de l'amélioration du résultat net des hôpitaux publics. Cette augmentation de l'autofinancement signifie que les établissements dégagent de plus en plus de ressources d'autofinancement par rapport à leurs produits. Bien que la CAF augmente, l'endettement des hôpitaux publics continue de croître à un rythme régulier, avec la relance de l'investissement : le taux d'endettement mesurant la part des dettes au sein des ressources stables est passé de 43 % en 2008 à 46 % en 2009. Par conséquent, l'amélioration de l'autofinancement n'a pas permis d'absorber l'effort d'investissement constant entrepris depuis 2002. Cet investissement a donc nécessité un recours conséquent à l'emprunt (voir graphique 3).

de court et moyen séjour et de psychiatrie.

• **Budget annexe** : il décrit les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services comme les unités de soins de longue durée et la dotation non affectée (DNA).

• **Rentabilité économique (résultat net/CA)** : elle permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.

Pour en savoir plus

Yilmaz E., 2011, « Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en

2009 », *Études et Résultats*, n° 746, DREES.

Sources

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics. Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements. Les données de la DGFIP ont été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) afin de conserver dans le champ de l'étude uniquement les établissements sanitaires.

TABLEAU ● Rentabilité économique des hôpitaux publics entre 2002 et 2009 (en % des produits)

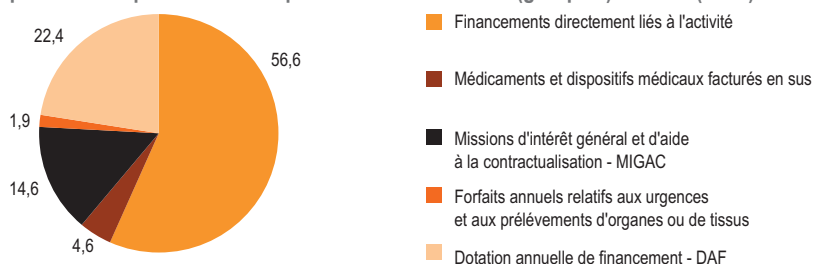
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4 (*)	-0,9	-0,6	-0,4
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7 (*)	-0,2	0,2	-1,3
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7
Grands CH	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0
Petits CH	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2
Hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6

(*) Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité économique de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

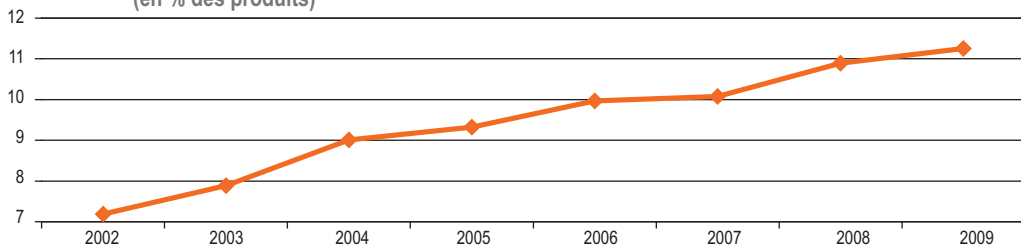
GRAPHIQUE 1 ● Répartition des produits versés par l'Assurance maladie (groupe 1) en 2009 (en %)



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

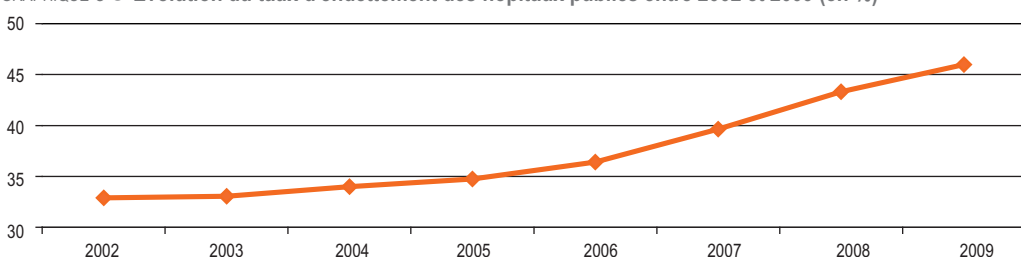
GRAPHIQUE 2 ● Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics entre 2002 et 2009 (en % des produits)



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 3 ● Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2009 (en %)



Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.



7 Les grandes sources de données sur les établissements de santé

Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

• Description

Dès 1975, il existait une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés, renouvelée en 1985. La Statistique annuelle des établissements de santé en tant que telle a été mise en place en 1994 et refondue en 2000. Les objectifs de la refonte étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs et de tenir compte de la mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information-médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO). Depuis cette date, 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'information homogène entre les secteurs public et privé.

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

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

- identification, structure et organisation de l'établissement de santé ;
- équipements et activité ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

Les bordereaux sur les activités de soins sont articulés autour de quatre parties : capacités, activité, équipement et personnel.

Les données déclarées par les établissements de santé sont mises à disposition sur le site de diffusion de la SAE (<http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>). Par ailleurs, certaines données peuvent faire l'objet de retraitements statistiques dans le cadre d'études.

• Le mode d'interrogation de la SAE

De manière générale, depuis la refonte de 2000, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour les établissements privés et au niveau des entités juridiques pour les établissements publics. Ceci permet, d'une part, une meilleure comparabilité et, d'autre part, une localisation plus fine des activités et des équipements.

Il peut toutefois exister une double interrogation et ainsi des doubles comptes. C'est notamment le cas dans le secteur public (cas d'entités juridiques ayant des établissements interrogés directement, valable en particulier pour les établissements des trois Assurances Publiques) et, de manière plus fine, de certaines activités de soins comme la dialyse et les soins de suite et de réadaptation. Ces doubles comptes peuvent expliquer de légers écarts sur les mesures de l'activité et des capacités issues des cumuls entités juridiques ou établissements géographiques. Ces écarts sont pris

en compte lors des différents calculs présentés dans cette publication.

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 chargé de la santé. Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation² (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). En 1993 apparaît un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR) qui sera obligatoire pour les établissements publics à partir de 1997 avant d'être généralisé en 2003. Le recueil pour la psychiatrie (après une première expérimentation) se met en place à partir de la fin 2006 (RIM-P). Mis en place en 2005, le PMSI-hospitalisation à domicile (HAD) est exploité par la DREES depuis le millésime 2006.

Le PMSI-MCO

• Le recueil PMSI-MCO

Le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte-rendu de son hospitalisation est produit. Les informations fournies dans celui-ci déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales d'une part et de durée de séjour d'autre part. Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes. La version 11 de la classification des GHM est utilisée dans cet ouvrage. La nomenclature des GHM en V11 comportant près de 2 300 postes, des regroupements ont été effectués en utilisant une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à regrouper les GHM en « groupes d'activité », eux-mêmes regroupés en « groupes de planification » puis en « domaines d'activité ». Ces groupes tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (par exemple 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 d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains de ces écarts peuvent notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité MCO : certains hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, etc., n'y répondent pas.

Sur le champ commun au PMSI-MCO et à la SAE (donc hors hôpitaux locaux, etc.), un redressement est effectué afin de compenser

1. Les activités de soins suivantes : assistance médicale à la procréation d'informations distincts et ne sont donc pas concernées.

2. www.atih.sante.fr

la non-réponse totale des établissements absents. Ces cas sont de plus en plus rares et on ne recense par exemple en 2009 que trois établissements présents dans la SAE et absents du PMSI-MCO alors qu'ils devraient y figurer. Pour ces établissements, un calage sur l'activité mesurée dans la SAE est réalisé par strate d'établissements (croisement du statut juridique, du type d'établissement et du département d'implantation). Ce redressement est nécessaire pour permettre la comparaison d'une année sur l'autre des niveaux d'activité en MCO.

Jusqu'en 2005, la non-réponse partielle était également redressée pour les établissements répondant aux deux sources. Si pour un établissement la comparaison des volumes d'activité PMSI et SAE laissaient apparaître des écarts, un coefficient était alors affecté à cet établissement pour redresser les volumes PMSI grâce aux volumes SAE. Du fait de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI au fil du temps, et tout particulièrement depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ce redressement de la non-réponse partielle n'est plus nécessaire.

• *Quelques nuances dans les définitions entre les deux sources*

La mesure de l'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en « séjours » et en « journées ». La rénovation de la SAE au début des années 2000 a eu notamment pour but de rapprocher ces concepts entre le PMSI-MCO et la SAE. Sont exclus du PMSI-MCO l'ensemble des séances ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés pour lesquels aucun soin particulier n'a été effectué (nouveau-nés restés près de leur mère). De légers écarts peuvent exister, en particulier du fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année, alors que le PMSI-MCO concerne les séjours terminés dans l'année.

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les données d'activité et les durées de séjour présentées ici proviennent du PMSI. En soins de longue durée, les données sont issues de la SAE. En psychiatrie, une autre source collectée par la DREES, les rapports d'activité de psychiatrie (RAPS), complètent les données de la SAE notamment pour les alternatives à l'hospitalisation. En soins de suite et de réadaptation, les données proviennent de la SAE et du PMSI.

Les durées moyennes de séjour sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de plus de un jour, hors nouveau-nés restés près de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogène avec la SAE.

Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus de un jour

Des différences sensibles existent, entre la SAE et le PMSI-MCO, dans les critères de répartition des séjours selon les différents modes d'hospitalisation et selon les différentes disciplines.

Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation : on parle d'« hospitalisation complète » lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à 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 autorisée pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie – chirurgie ambulatoire.

Dans le PMSI-MCO, le mode d'hospitalisation est défini par la durée constatée du séjour. Celle-ci est mesurée en faisant la différence entre la date de sortie et la date d'entrée. Si l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, alors la durée sera nulle et le séjour classé en « hospitalisation partielle » quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée d'au moins un jour sera classé en « hospitalisation complète ».

Classification des séjours selon les disciplines d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données pour la classification des séjours selon les disciplines d'équipement. Pour la répartition entre médecine et chirurgie, dans la SAE, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie ou obstétrique). Un séjour est « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, il est « médical » si le lit est catalogué en médecine. Ce classement est cohérent avec la logique de la SAE, qui est orientée vers l'analyse des moyens (facteurs de production) mobilisés pour un malade.

Le PMSI-MCO décrit, lui, les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affectation se fera en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ».

Le PMSI-SSR

Le PMSI-SSR, apparié par la DREES avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation et de disposer chaque année, aux niveaux national et régional, d'une description des caractéristiques des patients.

• Le recueil PMSI-SSR

Le PMSI-SSR recueille, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation). La morbidité est détaillée grâce au recueil de la finalité principale de prise en charge (FPPC), de la manifestation morbide principale (MMP), de l'affection étiologique (AE) et des diagnostics associés (DAS). La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les RHS dans l'un des 13 groupes de morbidité dominante (GMD), puis dans l'un des 279 groupes homogènes de journées (GHJ), classement plus fin présentant une homogénéité médicale et économique. Les algorithmes qui orientent les RHS dans les GMD puis les GHJ examinent d'abord la finalité principale de prise en charge, la manifestation morbide principale et l'affection étiologique, puis l'âge, le caractère « classant » de la prise en charge, la morbidité dominante et enfin la dépendance.

La nomenclature utilisée pour le codage des variables de morbidité est la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'OMS, la classification commune des actes médico-techniques (CCAM) pour les actes médico-techniques et le catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CdARR) pour les actes de rééducation-réadaptation.

• 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 afin d'améliorer la couverture du recueil. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui

du nombre de structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation.

En 2009, certains établissements n'ont pas fourni un recueil valide du PMSI-SSR : le taux de couverture du PMSI est estimé à 95,8 %. Pour ces établissements, un calage sur l'activité mesurée dans la SAE est réalisé par strate d'établissements (croisement du statut juridique, du type d'établissement et du département d'implantation). Ce redressement est nécessaire pour permettre la comparaison d'une année sur l'autre des niveaux d'activité.

Le recueil PMSI fournit des indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour. Dans le cas de l'hospitalisation complète, pour l'année considérée, le défaut de remplissage des jours de présence sur certaines séquences conduit à sous-estimer l'activité de l'établissement : les séquences incomplètes sont donc corrigées et des séjours complets sont reconstitués à partir des résumés de chaque semaine de prise en charge.

Au final, les résultats issus du PMSI-SSR présentés dans cette publication sont donc des données statistiques, c'est-à-dire pondérées afin de tenir compte de la non-réponse totale et de la non-réponse partielle des établissements.

• Calcul des journées : les différences PMSI et SAE

Comme avec le PMSI-MCO, des écarts peuvent exister au niveau de la mesure de l'activité, en particulier dus au fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année alors que le PMSI-SSR concerne les séjours terminés dans l'année.

Dans certains cas, le décompte des journées diffère entre les deux sources, notamment sur le jour de sortie de l'établissement d'hospitalisation en SSR : dans le cas du transfert d'établissement d'un patient ou dans le cas de la mutation d'un patient dans un service autre que SSR, le PMSI-SSR compte le jour du transfert ou de cette mutation à la fois dans l'unité de départ et dans l'unité d'accueil, alors que la SAE ne le compte qu'une fois. Par contre, le décompte est le même entre le PMSI-SSR et la SAE dans le cas de mutation de patients au sein du champ SSR dans la même structure hospitalière, en cas de décès du patient ou de son retour au domicile.

Le PMSI-HAD

• Le recueil PMSI-HAD

Le PMSI-HAD permet de mesurer l'activité des structures d'HAD et de disposer chaque année, aux niveaux national et régional, d'une description des caractéristiques des patients (sexe, âge et lieu de résidence), du diagnostic principal 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 d'améliorer la couverture du recueil. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures pratiquant l'HAD : en 2009, le taux de couverture du PMSI-HAD est estimé à 96 % en nombre d'établissements. Pour autant les structures ne fournissant pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale d'HAD. En outre, afin de corriger la non-réponse sur certaines variables, d'autres traitements sont effectués sur les caractéristiques individuelles, notamment sur les prises en charge liées à la périnatalité et les incohérences entre âge du patient et

mode principal de prise en charge. Enfin les durées de séjour sont recalculées.

Les Déclarations annuelles de données sociales (DADS)

• Description

La Déclaration annuelle de données sociales est une formalité déclarative, commune aux administrations sociales et fiscales, que doit remplir toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année. Sont concernés la majorité des employeurs, y compris les entreprises nationales, les administrations publiques et les collectivités territoriales. Au total, sont donc couverts par l'exploitation statistique des DADS près de 75 % des emplois salariés. Les 25 % restants concernent la fonction publique d'État, les services domestiques et les activités extraterritoriales.

Les DADS permettent notamment d'observer les rémunérations versées par les établissements de santé publics et privés. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro SIRET, code APE, 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 système d'information des agents du secteur public

Le système d'information des agents du secteur public (SIASP) est une déclinaison des DADS spécifique aux trois fonctions publiques. Ces données, produites par l'INSEE, sont exploitées par la DREES pour 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. Ce fichier remplace les DADS pour toutes les données de salaires dans les hôpitaux publics à partir de 2008.

Les traitements dans la chaîne de production du fichier SIASP induisent une rupture de série sur les données de salaires préalablement observées à partir des DADS.

La nomenclature des emplois hospitaliers (NEH) présente dans SIASP est une nomenclature statutaire de la FPH. Au même titre que la nomenclature des emplois territoriaux (NET) pour la fonction publique territoriale ou la nouvelle nomenclature des emplois (NNE) pour la fonction publique d'État, la NEH permet d'observer finement l'emploi et les salaires par corps, grades et catégories de la fonction publique hospitalière.

• Concepts

Poste : les postes ou emplois salariés, au sens des DADS, correspondent au nombre de personnes employées pour chacun des établissements tout au long de l'année. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts sont donc comptés plusieurs fois.

La notion de poste des DADS représente une période d'emploi d'un agent dans un établissement. Elle permet ainsi de recenser l'ensemble des personnes en emploi (hors intérimaires) au cours d'une année et surtout la durée de cette période d'emploi (nombre d'heures travaillées, début et fin de la période d'emploi, durée de la période d'emploi) dans l'année en cours. La durée de la période d'emploi sert de pondération dans le calcul du salaire moyen sur l'année des personnels à temps plein.

À partir de la notion de poste et des variables de durée, on peut construire des statistiques d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents le 31 décembre de l'année pour aboutir à une statistique d'effectif, soit en pondérant le nombre d'heures travaillées d'un poste par la durée de travail réglementaire pour obtenir un volume d'activité en équivalent temps plein (ETP).

Ainsi, la statistique de poste est de ce fait plus générale que les notions d'effectifs de la SAE et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si, par exemple, au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, on recensera deux postes (un dans chaque établissement) dans les DADS, mais au sens de la SAE, on recensera un seul emploi présent au 31 décembre dans le second établissement, ou encore un demi-ETP dans chacun des deux établissements.

Condition d'emploi : selon la définition des DADS, un poste est dit à temps complet (ou temps plein) si le salarié effectue le nombre d'heures journalier conforme à la durée légale de l'entreprise. Un poste est dit à temps partiel dans les autres cas (sous condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables).

Salaire net annuel moyen : il correspond à la masse salariale annuelle nette des postes à temps complet divisée par la somme du nombre de jours enregistrés dans les périodes d'emploi correspondantes et multipliée par 360. Il est net de toutes cotisations sociales, y compris la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) et inclut les salaires de base, les congés payés, les primes et les rémunérations des heures supplémentaires (sans qu'il soit possible de les distinguer).

Pour les salariés à temps complet, les emplois sont convertis en année-travail au prorata de leur durée de présence. Les salaires sont rapportés à cette durée pour le calcul des moyennes. Par exemple, un salarié ayant occupé un poste donné durant six mois et ayant perçu 10 000 euros compte pour 0,5 « année-travail » rémunérée 20 000 euros par an. On mesure ainsi davantage la masse salariale supportée par l'établissement pour le poste que le revenu de son titulaire.

Les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP)

Les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP) ont été collectés par la DREES en 2009 sur l'activité de l'année 2008 auprès des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM).

• La complémentarité des sources de données

Cette enquête s'inscrit dans la continuité des rapports d'activité de secteurs de psychiatrie mais couvre l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, sectorisée ou non. Les rapports d'activité ont également évolué dans le cadre du projet global d'amélioration et d'harmonisation du système d'information

national sur la psychiatrie, en complément du RIM-P et de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Les RAPSYP visent donc à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale, complémentaires à celles de la SAE et du RIM-P.

• La particularité du protocole d'enquête

L'enquête comprend deux niveaux de recueil. Un premier questionnaire est rempli par l'établissement et un second par chaque structure de prise en charge de cet établissement. Une structure de prise en charge est définie par une adresse, une nature (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire) et un mode de prise en charge (psychiatrie générale ou infanto-juvénile). Dans ce cadre, les établissements ont la possibilité de regrouper ou non les différents services au sein d'une même structure, en fonction de leur organisation des prises en charge et de leur système d'information.

• Les informations fournies par le recueil

Les RAPSYP recueillent des informations au niveau de l'établissement sur :

- les personnels médicaux et non médicaux ;
- les équipements : nombre de structures, de lits et places installés ;
- l'activité : nombre de patients pris en charge, nombre de séjours, journées ou venues, actes ;
- l'accès aux soins : accueil des nouveaux patients, permanence, continuité des soins, urgences, prise en charge somatique ;
- la prévention et l'insertion sociale : promotion de la santé, prévention, insertion, interventions dans les établissements médico-sociaux ;
- la psychiatrie de liaison : organisation et personnels ;
- la prise en charge des addictions : organisation dans l'établissement et au-dehors ;
- les hospitalisations sans consentement ;
- l'intervention en milieu pénitentiaire (les services médico-psychologiques régionaux [SMRP]) sont interrogés via un questionnaire distinct).

Au niveau des structures, des données plus synthétiques sont recueillies sur le personnel, le nombre de lits et places et l'activité. Les éventuels rattachements à un ou plusieurs secteurs de psychiatrie ou à un dispositif intersectoriel formalisé sont également précisés. Enfin, plusieurs questions portant sur l'organisation des soins et les pratiques professionnelles sont posées, selon le type de structure, autour des thèmes suivants : premier accueil, délai d'attente, unités d'hospitalisation fermées, transfert vers une unité pour malades difficiles (UMD), chambres d'isolement, protocole et formation en lien avec les situations de violence, de fugue ou de risque suicidaire, lien avec la médecine générale.

Les données saisies permettent enfin la production d'une base « administrative », restituant les déclarations des établissements, et d'une base « statistique », destinée aux études, traitant la non-réponse totale et partielle.

Dans cette publication, et sauf mention contraire, les données sur les capacités, quelle que soit la discipline, et les données sur les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation ainsi que de soins de longue durée sont issues de la SAE. Les données sur l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique et les caractéristiques des séjours sont, elles, issues du PMSI-MCO. Les séances ne sont pas comptabilisées dans l'activité en hospitalisation complète ou partielle, de même que les consultations externes et les données relatives aux établissements du service de santé des armées.

SIGLES UTILISÉS

AE : affection étiologique
AP-HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CCAM : classification commune des actes médicaux
CdARR : catalogue des activités de rééducation-réadaptation
CDHP : commission départementale des hospitalisations psychiatriques
CH : centre hospitalier
CHR : centre hospitalier régional
CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales
CHU : centre hospitalier universitaire
CIM : classification internationale des maladies
CLCC : centre de lutte contre le cancer
CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales
CMC : catégorie majeure clinique
CMD : catégorie majeure de diagnostic
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale
CSG : contribution sociale généralisée
DAC : dotation annuelle complémentaire
DADS : Déclarations annuelles de données sociales
DAF : dotation annuelle de financement
DAS : diagnostic associé
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMI : dispositifs médicaux implantables
DOM : département d'outre-mer
ECN : épreuves classantes nationales
EIG : événement indésirable grave
EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSP : équipe mobile de soins palliatifs
ENEIS : Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins en établissements de santé
EPR : événement porteur de risques
ETP : équivalent temps plein
FFI : faisant fonction d'interne
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FMESPP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
FPPC : finalité principale de prise en charge
GHJ : groupe homogène de journées

GHM : groupe homogène de malades
GHPC : groupe homogène de prise en charge
GHS : groupe homogène de séjours
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers
HO : hospitalisation d'office
HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires
IN : infection nosocomiale
IRM : imagerie par résonance magnétique
IVG : interruption volontaire de grossesse
LFSS : loi de financement de la sécurité sociale
LISP : lit identifié soins palliatifs
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
MCU-PH : maître de conférence des universités – praticien hospitalier
MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MERRI : mission d'enseignement, recherche, référence et innovation
MMP : manifestation morbide principale
ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique
OMS : organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQN : objectif quantifié national
PH : praticien hospitalier
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS : projet régional de santé
PSPH : participant au service public hospitalier
PU-PH : professeur des universités – praticien hospitalier
RAPSY : rapports d'activité de psychiatrie
RHA : résumé hebdomadaire anonyme
RHS : résumé hebdomadaire standardisé
RMM : revue de mortalité et de morbidité
RSS : résumé de sortie standardisé
SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU : service d'aide médicale urgente
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
SROS : schéma régional d'organisation des soins
SSA : service de santé des armées
SSAD : service de soins et d'aide à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
T2A : tarification à l'activité
USLD : unité de soins de longue durée
USP : unité de soins palliatifs

LE PANORAMA DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ - ÉDITION 2011

Dossiers

- Fréquence et part d'évitabilité des événements indésirables graves dans les établissements de santé : les résultats des enquêtes ENEIS
- Quelle acceptabilité des événements indésirables graves dans la population et chez les médecins ?
- Les inadéquations hospitalières en France : fréquence, causes et impact économique

Fiches

- Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel
- Données de cadrage
- Médecine, chirurgie et obstétrique
- Les plateaux techniques
- Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière
- La situation économique du secteur
- Les grandes sources de données sur les établissements de santé

