

En 1997, les établissements relevant du secteur public hospitalier ont pris en charge 61 % des séjours en soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique), le reste ayant été assuré par les établissements du secteur privé.

Les pathologies prises en charge diffèrent sensiblement selon les secteurs : le secteur public est prédominant pour les hospitalisations nécessitant des soins médicaux et des équipements importants. C'est aussi vers lui que sont principalement orientées les pathologies associées à un risque vital ou à une admission en urgence. Le secteur privé, quant à lui, intervient de façon majoritaire dans les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'œil (essentiellement la cataracte) et de l'oreille, et dans celles du système ostéo-articulaire. Il est fréquemment sollicité pour des actes chirurgicaux ou endoscopiques programmés à l'avance. Cette spécialisation des secteurs s'est globalement renforcée au cours des quatre dernières années.

Marie-Claude MOUQUET

avec la collaboration
de **Marc JOUBERT**
et de **Laurent TUDEAU**
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

Les pathologies prises en charge à l'hôpital une spécialisation marquée entre établissements relevant du secteur public et du secteur privé

En 1997, 61 % des 14 200 000 séjours hospitaliers¹ effectués dans des unités de soins de courte durée médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) [encadrés 1 et 2] ont eu lieu dans des établissements du secteur public. Il s'agit des hôpitaux publics et établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) dont l'activité est financée, depuis 1985, par des enveloppes annuelles globales et qui regroupaient, en 1997, 69 % des lits et des places offertes en soins de courte durée. Les 39 % des séjours restants ont été assurés par les établissements privés à but lucratif ou non lucratif ne participant pas au service public hospitalier. Toutes causes d'hospitalisation réunies, ces parts sont identiques à celles observées en 1993.

1. Hors venues en hospitalisation de moins de 24 heures pour des séances telles que dialyse, chimiothérapie ou radiothérapie.



E•1

Les sources

L'étude présentée ici porte sur les unités de soins de courte durée relevant des disciplines médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales et gynécologie-obstétrique (soins de courte durée MCO), à l'exclusion des unités psychiatriques. Elle a été réalisée à partir de deux sources :

- Pour 1993, il s'agit du fichier de l'enquête de morbidité effectuée par le SESI en 1992-1993 dans les établissements et services hospitaliers publics et privés de soins de courte durée MCO qui a été utilisé. Cette enquête a permis de constituer un échantillon de 66 789 séjours.

- Pour 1997, c'est la base nationale publique et privée constituée à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui a été exploitée. Elle a été préalablement pondérée pour en corriger les défauts d'exhaustivité. Le premier est lié à l'absence, dans la base, des établissements publics ayant moins de 100 lits MCO. Le second concerne les établissements conventionnés par les CRAM pour lesquels 1997 a été une année de montée en charge. Les taux d'exhaustivité calculés par rapport à la statistique annuelle des établissements (SAE) s'élèvent respectivement à 96 % pour les établissements du secteur public et à 80 % pour ceux du secteur privé.

Le PMSI classe les hospitalisations dans des groupes homogènes de malades (GHM), système de classification médico-économique des séjours, en fonction notamment du diagnostic principal et des actes réalisés. S'il existe un acte opératoire défini comme classant dans le catalogue des actes médicaux (CDAM), le séjour est orienté dans un GHM dit « chirurgical » défini par la nature de l'intervention effectuée. Dans le cas contraire il est orienté, en fonction du diagnostic principal, dans un GHM dit « médical » pouvant donc contenir des séjours avec des actes opératoires non classants.

E•2

La méthode utilisée

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal mentionné dans les séjours. Celui-ci a été codé avec la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) neuvième révision dans l'enquête de 1992-1993 et dixième révision dans la base PMSI 1997. Les codes ont été regroupés selon une liste homogène entre les deux classifications et validés par le Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé (PERNNS). Ces groupes de pathologies diffèrent des GHM qui reposent à la fois sur le diagnostic principal, les actes réalisés et éventuellement l'âge du patient et la présence de certaines comorbidités sévères. Dans leur niveau agrégé, utilisés dans les graphiques, ils correspondent aux chapitres de la CIM qui regroupent les maladies soit dans des groupes les localisant selon leur siège anatomique, soit, pour des raisons d'efficacité en termes d'études épidémiologiques, dans des groupes généraux, comme les « tumeurs ». La généralisation du PMSI conduit à une amélioration de l'information fournie sur le diagnostic principal, en particulier dans les établissements du secteur privé : la part du groupe des symptômes, signes et états morbides mal définis, diminue ainsi fortement entre 1993 et 1997.

Les résultats présentés ici concernent la France métropolitaine.

Pour l'étude, toutes les catégories d'établissements assurant le service public hospitalier ont été regroupés : centres hospitaliers régionaux (CHR), centres hospitaliers (CH) et établissements privés non lucratifs participant au service public hospitalier (PSPH).

Le nombre de journées d'hospitalisation a été calculé en additionnant les journées réalisées pour les séjours de 24 heures et plus et une journée par venue en hospitalisation de moins de 24 heures.

La durée moyenne de séjour est calculée sur les séjours ayant duré au moins 24 heures.

Ont été exclus du champ de l'étude, notamment parce qu'ils sont mal représentés dans la base PMSI de 1997 : les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée MCO des hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, des établissements du secteur privé sous contrat avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) dont l'activité principale relève de disciplines de soins de suite et de réadaptation ou de santé mentale, et des établissements du secteur privé ne participant pas au service public hospitalier à tarif d'autorité. Il en est de même des séjours des nouveaux nés restés auprès de leur mère et n'ayant pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratif.

Principaux motifs de recours : surveillance et prévention dans le public, maladies digestives dans le privé

L'importance des groupes de pathologies traitées dans les services de soins de courte durée MCO a globalement peu varié entre 1993 et 1997, au sens de la Classification internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)² [graphique 1]. Cinq groupes de pathologies sont à l'origine de la moitié des recours au système hospitalier en 1997. Ce sont, par ordre décroissant d'importance, les maladies de l'appareil digestif, les motifs de recours autres que les maladies ou les traumatismes³ tels que la surveillance, le dépistage ou la prévention, les maladies de l'appareil circulatoire, les traumatismes et empoisonnements et les tumeurs. Ce dernier groupe ne comptabilise toutefois qu'une partie de l'activité hospitalière liée à la prise en charge des cancers. En effet, les séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, même réalisées en hospitalisation complète, sont exclues et comptabilisées dans les motifs de recours au système de santé autres que les maladies ou traumatismes.

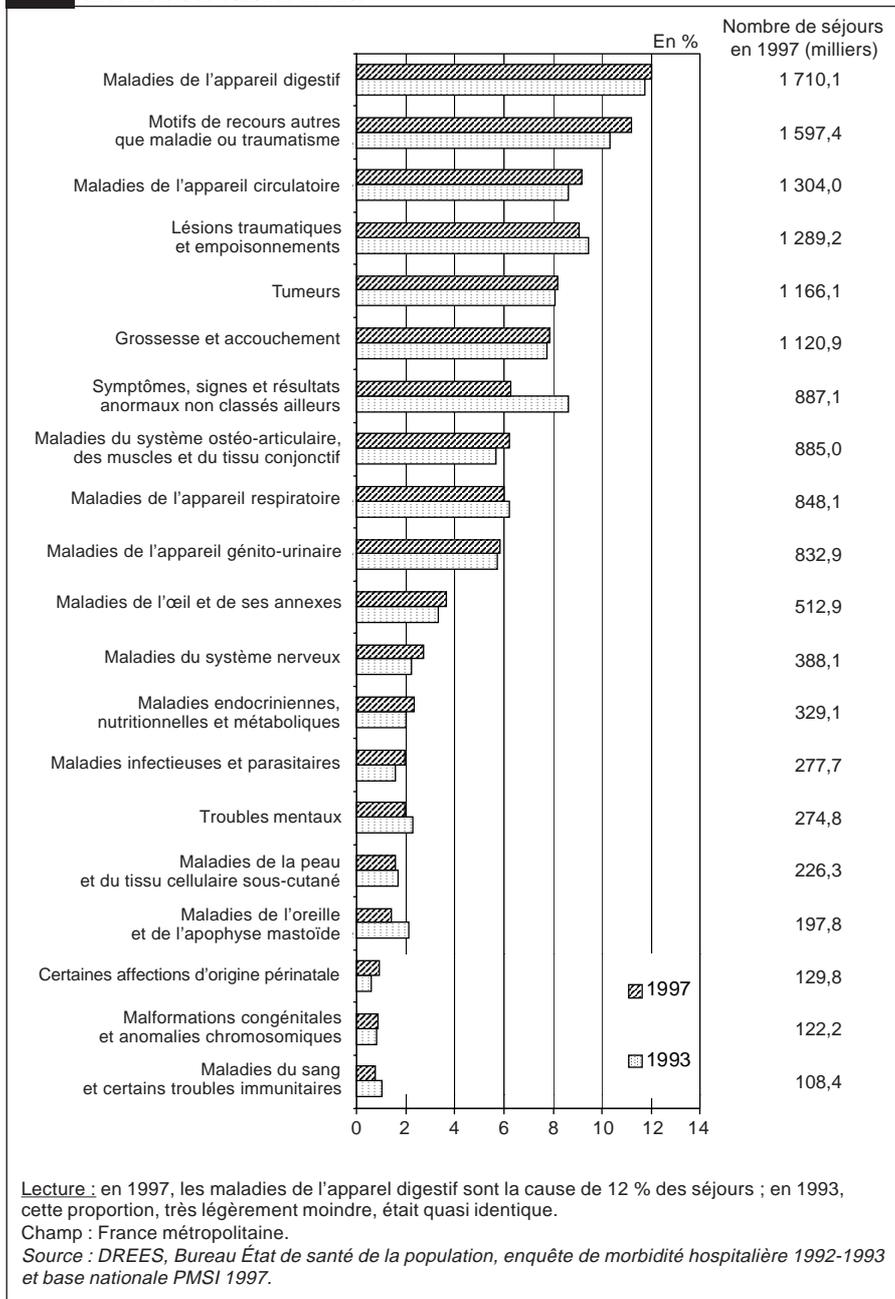
Les pathologies prises en charge par le système hospitalier diffèrent sensiblement selon qu'il s'agit des établissements du secteur public ou de ceux du secteur privé. Pour les établissements du secteur public (graphique 2), on trouve par ordre décroissant de fréquence, les motifs

2. Leur contenu diffère légèrement de celui de la CIM car ils ont été retravaillés pour rester homogènes tout en prenant en compte le changement de version intervenu entre les deux années, neuvième révision en 1993 et dixième révision en 1997.

3. Il s'agit du chapitre XXI de la CIM dixième révision « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » dont les codes commencent par un Z.

G
01

évolution 1993 - 1997 de la répartition des séjours dans les services de soins de courte durée MCO par grands groupes de pathologies - ensemble des établissements



autres que maladies ou traumatismes, les traumatismes et empoisonnements, les maladies de l'appareil circulatoire, les grossesses et accouchements et les maladies de l'appareil digestif. Pour les établissements du secteur privé, ce sont les maladies de l'appareil digestif qui prédominent, elles sont à l'origine de près d'un séjour sur cinq dans ces établissements. Viennent ensuite les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.

L'objet du présent article est d'analyser plus finement ces spécialisations à partir de la base nationale constituée dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [encadrés 1 et 2].

Prédominance du secteur public pour les hospitalisations nécessitant des soins médicaux ou des équipements importants

En 1997, près de neuf lits et places de médecine sur dix sont ins-

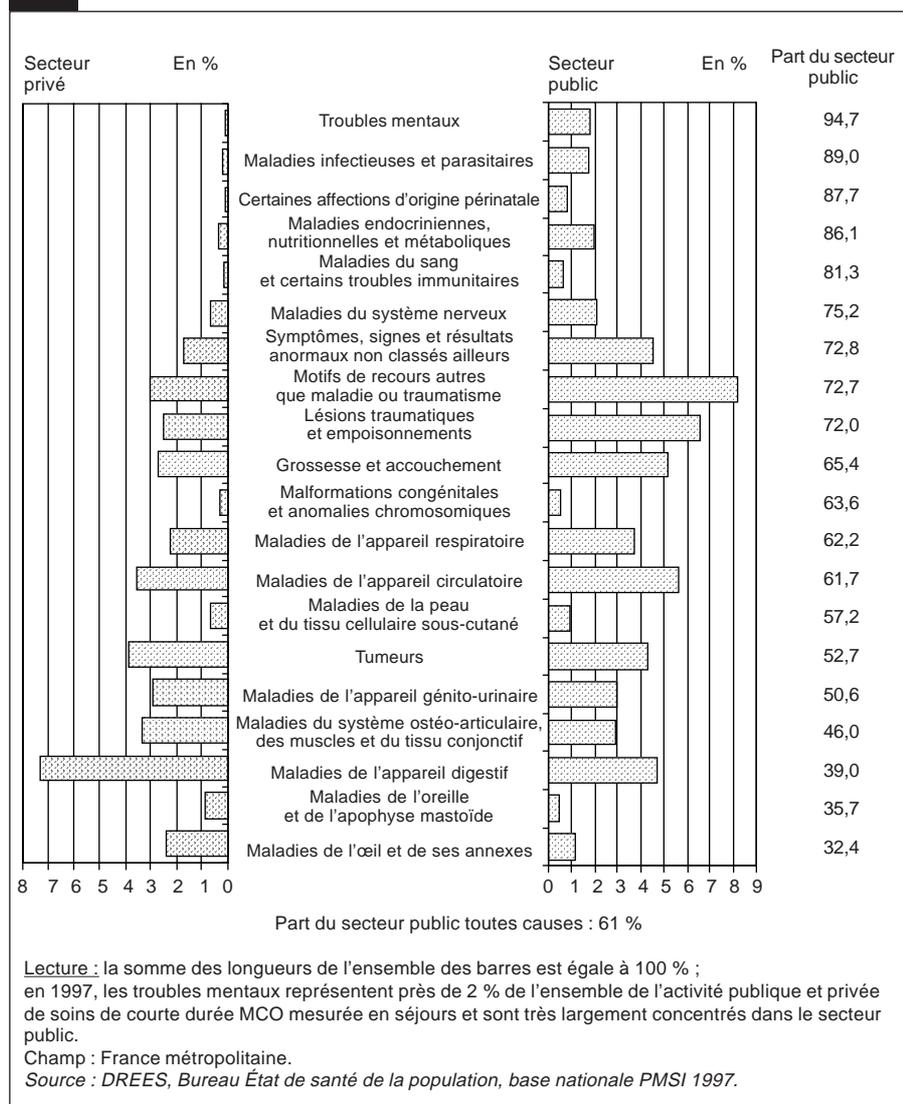
tallés dans des établissements du secteur public. Dans ces établissements, près de six lits sur dix affectés aux soins de courte durée MCO relèvent des disciplines « médecine générale et spécialités médicales » tandis que près de huit séjours sur dix sont classés dans un « groupe homogène de malades » (GHM) médical (encadrés 1 et 2).

Cinq groupes de pathologies sont pris en charge dans plus de 80 % des cas par les établissements du secteur public (graphique 2). Il s'agit des troubles mentaux, des maladies infectieuses et parasitaires, des affections périnatales, des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques et des maladies du sang et des organes hématopoïétiques. Les séjours correspondants relèvent presque exclusivement de « GHM médicaux »⁴. Cette extrême spécialisation concerne toutefois un petit nombre de séjours hospitaliers. En 1997, chacun de ces groupes de pathologies a, en effet, motivé entre un peu moins d'1 % et un peu plus de 2 % des séjours. Pour les troubles mentaux, cette fréquence peu élevée est due au fait que seuls sont pris en compte les séjours dans les unités de soins de courte durée MCO, hors unités d'hospitalisation en psychiatrie.

Quant au traitement des affections périnatales, il nécessite la présence d'un plateau technique important pour la prise en charge de nouveaux nés concernés dans des unités de réanimation néo-natale.

4. Pour quatre d'entre eux, la proportion de séjours comportant un acte diagnostique ou thérapeutique « classant » (encadré) est inférieure à 7 % (graphique 3 - Part de séjours classés dans un « GHM chirurgical ») et elle s'élève à 15 % pour les maladies endocriniennes.

G.02 répartition des séjours dans les services de soins de courte durée MCO par grands groupes de pathologies classés selon la part décroissante du secteur public



à l'occasion de l'hospitalisation, une prise en charge plus globale, souvent de nature psychiatrique. Dans leur très grande majorité, ces intoxications correspondent, en effet, à des tentatives de suicide (87 % des cas en 1993). La part des établissements du secteur public diminue fortement lorsque l'atteinte paraît moins grave. En 1997, le secteur privé a ainsi pris en charge la moitié environ des hospitalisations nécessitées par des luxations et entorses ou des plaies au membre supérieur et 40 % de celles entraînées par des plaies à la tête ou au membre inférieur.

De même, dans le groupe des maladies de l'appareil circulatoire, le secteur public assure environ 80 % des hospitalisations liées à des infarctus aigus du myocarde ou à des accidents vasculaires cérébraux (tableau 1). L'admission en urgence, le risque vital et l'intervention du SAMU justifient alors le recours majoritaire à ce secteur.

Dans le secteur privé, des traitements chirurgicaux souvent programmés

En 1997, les établissements du secteur privé regroupent la moitié des lits ou places de chirurgie. Dans ces établissements, sur dix lits et places de soins de courte durée MCO près de sept relèvent des disciplines chirurgie générale et spécialités chirurgicales, tandis qu'un peu plus de la moitié des séjours est classée dans un « GHM chirurgical ».

Le secteur privé intervient dans quatre groupes de pathologies dans plus d'un cas sur deux (graphique 2). Il s'agit des maladies de l'œil et de ses annexes, des maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, des maladies de l'appareil digestif et des maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif. Dans ces groupes, et à l'exception des maladies de l'appareil digestif, le séjour donne lieu à une prise en charge « chirurgicale » dans au moins les

Le secteur public est également très fortement majoritaire avec 73 % des séjours annuels dans deux groupes de pathologies à traitement « médical », et à l'origine d'un grand nombre de séjours : les motifs de recours autres que maladies ou traumatismes et les symptômes, signes et états morbides mal définis.

Admission en urgence et risque vital orientent les recours vers le secteur public

Le secteur public joue naturellement un rôle prépondérant dans la prise en charge des patients souffrant d'affections nécessitant une admission en urgence. Ainsi, un peu plus de sept séjours sur dix consécutifs à

des accidents ont lieu dans ce secteur (graphique 2 – Lésions traumatiques et empoisonnements).

À l'intérieur du groupe des traumatismes et empoisonnements, le secteur public est quasiment le seul intervenant lorsqu'il existe un risque vital important. En 1997, il a ainsi assuré 97 % des 129 500 séjours motivés par les traumatismes crâniens. La même année, il est également seul, avec 98 % des séjours, à prendre en charge les patients victimes d'intoxications, quel que soit le type de produit en cause. Ce recours préférentiel au secteur public dans le cas des intoxications par produits pharmaceutiques (113 000 séjours en 1997 dont 111 000 dans le secteur public) permet fréquemment d'initier,

T 01 séjours dans les services de soins de courte durée MCO motivés par des maladies de l'appareil circulatoire

1997

| | Nombre de séjours annuels (en milliers) | Part du secteur public (en %) | Proportion de séjours avec « GHM chirurgical » (en %) | Proportion d'hospitalisations < 24 h (en %) | Durée moyenne de séjour ¹ (en jours) | Proportion de séjours pour les 80 ans et plus (en %) |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Maladies de l'appareil circulatoire | 1 304,0 | 61,7 | 28,7 | 7,5 | 7,9 | 19,8 |
| dont : | | | | | | |
| <i>Infarctus aigu du myocarde</i> | 69,8 | 77,4 | 3,8 | 0,6 | 8,5 | 19,6 |
| <i>Autres cardiopathies ischémiques</i> | 216,5 | 60,7 | 11,8 | 3,1 | 5,8 | 10,8 |
| <i>Accidents vasculaires cérébraux²</i> | 114,8 | 83,3 | 14,0 | 3,3 | 12,2 | 31,8 |
| <i>Insuffisance cardiaque</i> | 142,3 | 81,3 | 1,2 | 1,2 | 10,7 | 48,8 |
| <i>Varices des membres inférieurs</i> | 176,3 | 23,2 | 95,6 | 14,2 | 3,3 | 2,2 |
| <i>Hémorroïdes</i> | 55,4 | 24,5 | 63,2 | 30,8 | 4,5 | 2,2 |

Lecture : on a compté, en 1997, 69 800 séjours pour infarctus aigu du myocarde; 77,4% de ces séjours ont été pris en charge dans le secteur public; seulement 3,8% d'entre eux ont donné lieu à un acte chirurgical « classant »; 0,6% ont duré moins de 24 heures; l'hospitalisation a duré 8 jours et demi en moyenne; 19,6% des séjours ont concerné des patients âgés de 80 ans et plus.

1. Calculée sur les hospitalisations supérieures ou égales à 24 heures.

2. Non compris ischémie cérébrale transitoire.

Source : DREES, Bureau État de santé de la population, base nationale PMSI 1997.

deux tiers des cas (graphique 3 - Part de séjours affectés dans un GHM « chirurgical »). Le recours massif au secteur privé trouve alors en grande partie son origine dans des actes diagnostiques ou thérapeutiques à processus standardisé générant un grand nombre de séjours, et réalisés au cours d'hospitalisations décidées à l'avance.

Prédominance du secteur privé pour les opérations de la cataracte...

Dans le cas des maladies de l'œil ou de celles de l'oreille, trois types d'interventions chirurgicales programmées expliquent le recours très important aux établissements du secteur privé.

Pour les maladies de l'œil et de ses annexes, la proportion de séjours classés dans des « GHM chirurgicaux » atteint 95 % et l'opération de la cataracte prédomine nettement. En 1997, elle concerne environ sept séjours sur dix motivés par des maladies de l'œil, avec environ 365 000 interventions, dont 281 000 sont réalisées dans les établissements du secteur privé.

Pour les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, deux types de traitements réalisés en chirurgie ambulatoire totalisent la moitié des

recours, et expliquent la prépondérance du secteur privé (graphique 1). Il s'agit de la pose de drains tympaniques avec 44 100 séjours dont 37 500 dans le secteur privé et de l'ablation des végétations adénoïdes, avec 39 500 séjours dont 31 600 dans les établissements du secteur privé.

... pour la réalisation d'actes endoscopiques ou chirurgicaux sur le système ostéo-articulaire...

La part majoritaire du secteur privé dans le cas des maladies du système ostéo-articulaire provient à la fois de la réalisation d'actes chirurgicaux et d'actes endoscopiques pouvant être, selon les cas, diagnostiques ou thérapeutiques.

Les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif ont ainsi occasionné 885 000 séjours en 1997.

Les établissements du secteur privé regroupent entre 62 et 75 % des séjours, dans le traitement des déformations acquises (67 800 séjours en 1997), celui des arthroses non localisées à la colonne vertébrale (140 900 séjours), celui des atteintes musculaires, des synoviales ou des tendons (160 600 séjours) et celui de lésions articulaires (175 500 séjours)

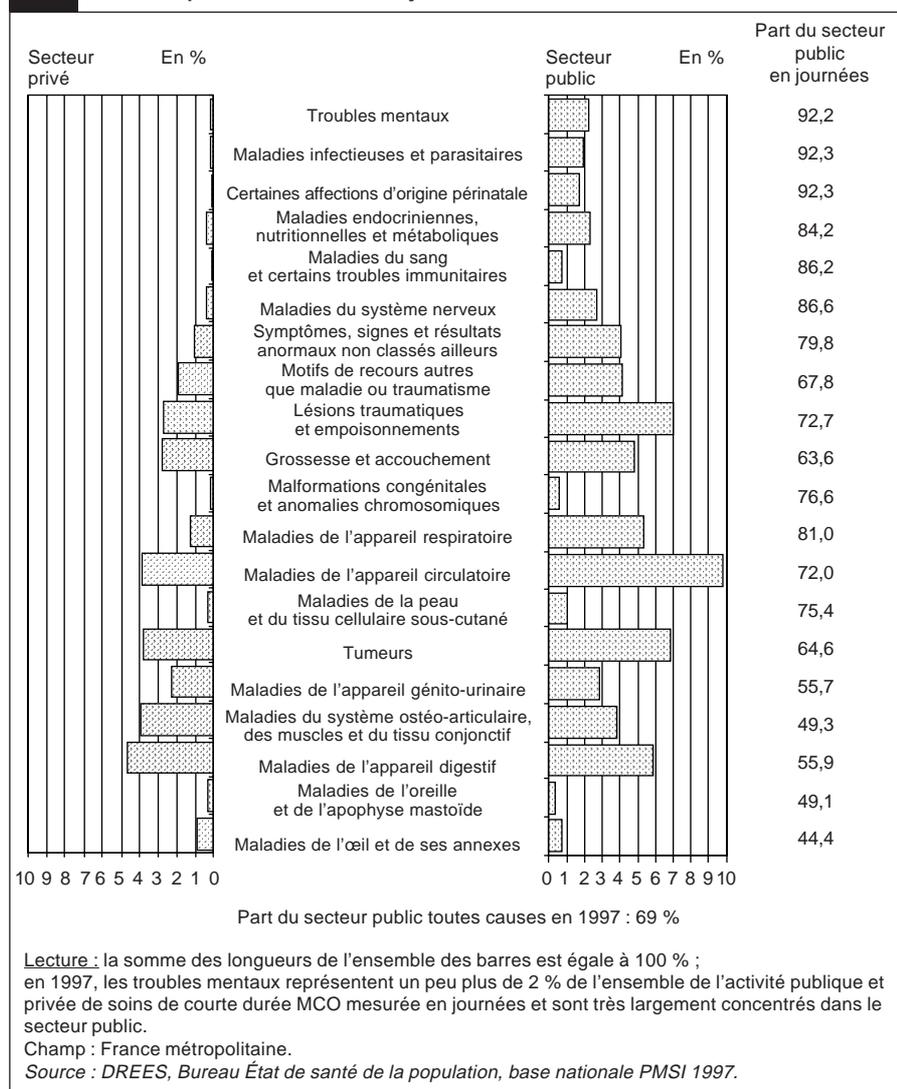
dont les plus fréquentes concernent le genou (113 300 séjours). En 1997, les lésions articulaires du genou ont, par exemple, donné lieu à 88 000 arthroscopies, tantôt diagnostiques, tantôt thérapeutiques, dont 72 500 sont réalisées dans le secteur privé. Dans ces groupes de maladies, la proportion de séjours classés dans un « GHM chirurgical » est particulièrement élevée : huit séjours sur dix pour les atteintes musculaires, des synoviales ou des tendons et neuf sur dix pour les trois autres.

En revanche, le secteur public est majoritaire dans la plupart des pathologies responsables de séjours hospitaliers moins importants en nombre et relevant, le plus souvent, d'un traitement « médical ». C'est le cas, par exemple, des arthropathies infectieuses et des arthropathies inflammatoires. En 1997, ces pathologies sont à l'origine, respectivement, de 18 500 et de 48 000 séjours, dont près de neuf sur dix réalisés dans un établissement du secteur public et un peu plus de huit sur dix classés dans un « GHM médical ».

Pour la hernie discale, les séjours au nombre de 80 500 en 1997 se répartissent également entre les deux secteurs. Mais dans le secteur privé, près des trois quarts des séjours vont dans un « GHM chirurgical » alors

G
03

répartition du nombre de journées d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée MCO par grands groupes de pathologies classés selon la part décroissante du secteur public en nombre de séjours



Des spécialisations conduisant à des durées de séjour plus longues dans le secteur public

En 1997, la part du secteur public s'élève à 69 % en nombre de journées d'hospitalisation réalisées (encadrés 1 et 2) contre 61 % en nombre de séjours. La durée moyenne de séjour, calculée sur les séjours ayant duré 24 heures et plus, est, toutes causes réunies, plus élevée dans les établissements du secteur public avec 6,8 jours contre 5,4 dans ceux du secteur privé. La prédominance du secteur public dans les séjours « médicaux » pour lesquels, généralement, les durées de séjour sont plus longues et concernent souvent des patients plus âgés, explique une partie de cette différence. L'écart global de 1,4 jour dans les durées moyennes de séjour entraîne un supplément de 9 447 900 journées dans le secteur public qui n'est pas compensé, pour le secteur privé, par l'activité en hospitalisation de moins de 24 heures. En effet, ce type de prise en charge donne lieu à un nombre de venues annuelles équivalent pour les deux secteurs (respectivement 1 844 700 séjours dans les établissements privés et 1 829 600 dans les établissements publics).

À un niveau plus fin, le secteur public est spécialisé dans la prise en charge de pathologies qui donnent systématiquement lieu à des durées de séjour plus longues. Il est ainsi encore davantage majoritaire en nombre de journées réalisées ainsi qu'en nombre de séjours dans des groupes de pathologies comme : les malformations congénitales et anomalies chromosomiques, les maladies du système nerveux, celles des appareils circulatoire ou respiratoire ou encore celles de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (graphiques 2 et 4).

Dans le cas des maladies de l'appareil digestif, le secteur public devient même prédominant avec 56 % des journées réalisées alors qu'il ne regroupe que 39 % des séjours. La

que cette part est légèrement inférieure à un sur deux dans le secteur public.

... et les interventions dentaires ou les gastroscopies dans les maladies de l'appareil digestif

Le secteur privé accueille six séjours sur dix trouvant leur origine dans une maladie de l'appareil digestif (tableau 2), malgré une proportion globale de séjours classés dans un « GHM chirurgical » plutôt faible (35 %). Ceci s'explique par la réalisation d'actes dits « non classants » (encadrés 1 et 2) comme, par exemple, des extrac-

tions, réparations ou prothèses dentaires dans le cas des maladies des dents, ou des gastroscopies pratiquées en hospitalisation de moins de 24 heures dans celui des maladies de l'œsophage.

Par ailleurs, le recours aux établissements du secteur privé est majoritaire pour des interventions chirurgicales, le plus souvent planifiées, telles que la plastie ou le remodelage d'une hernie abdominale, l'ablation de la vésicule biliaire ou de l'appendice iléo-cæcal (tableau 2).

En revanche, le secteur public accueille près de neuf séjours sur dix pour cirrhose et maladies chroniques du foie, pathologies pour lesquelles le recours est exclusivement « médical ».

T séjours dans les services de soins de courte durée MCO motivés par des maladies de l'appareil digestif

02 1997

| | Nombre de séjours annuels (en milliers) | Part du secteur public (en %) | Proportion de séjours avec « GHM chirurgical » (en %) | Proportion d'hospitalisations < 24 h (en %) | Durée moyenne de séjour ¹ (en jours) | Proportion de séjours pour les âges extrêmes ² (en %) |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Maladies de l'appareil digestif | 1 710,1 | 39,0 | 34,9 | 31,6 | 5,8 | 8,6 |
| dont : | | | | | | |
| Maladies des dents et du parodonte | 260,0 | 22,5 | 7,1 | 38,6 | 1,6 | 0,8 |
| Maladies de l'œsophage | 121,5 | 32,1 | 7,0 | 62,0 | 5,3 | 13,5 |
| Appendicite | 154,2 | 39,4 | 98,0 | 0,2 | 5,1 | 0,9 |
| Hernie abdominale | 248,4 | 38,2 | 84,9 | 14,1 | 5,8 | 10,2 |
| Cirrhose et maladies chroniques du foie | 57,7 | 89,4 | 2,3 | 23,2 | 9,7 | 2,4 |
| Cholélithiase | 106,4 | 47,6 | 75,7 | 4,1 | 7,4 | 11,7 |

Lecture : on a compté, en 1997, 121 500 séjours pour maladies de l'œsophage ; 32,1 % de ces séjours ont été pris en charge dans le secteur public ; seulement 7 % d'entre eux ont donné lieu à un acte chirurgical « classant » ; 62 % ont duré moins de 24 heures ; l'hospitalisation a duré 5,3 jours en moyenne ; 13,5 % des séjours ont concerné des patients âgés de moins d'un an ou de 80 ans et plus.

1. Calculée sur les hospitalisations supérieures ou égales à 24 heures.

2. Moins d'un an et/ou 80 ans et plus.

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES, Bureau État de santé de la population, base nationale PMSI 1997.

durée moyenne de séjour pour l'ensemble des maladies digestives s'élève à 7,1 jours pour les établissements du secteur public et 4,6 jours pour ceux du secteur privé. Si l'on descend à un niveau plus fin, le secteur privé est, en effet, prépondérant dans des pathologies à durée moyenne de séjour courte : par exemple, 1,6 jour pour les maladies des dents et du parodonte, 5,3 jours pour celles de l'œsophage ou encore 5,1 jours pour l'appendicite. Inversement, le secteur public est majoritaire dans des pathologies à durée moyenne de séjour longue, comme les cirrhoses et maladies chroniques du foie (9,7 jours) ou les occlusion sans mention de hernie (9,3 jours).

De plus, toujours dans le cas des maladies digestives, la durée moyenne de séjour est aussi plus élevée dans le secteur public, pour chacune des pathologies correspondant à des diagnostics principaux identiques. Pour l'appendicite, par exemple, ces écarts sont à la fois dus à des différences de pratiques et à l'accueil de patients eux-mêmes différents. La proportion d'appendicectomies réalisées sous contrôle vidéolaparoscopique, technique qui réduit légèrement la durée de l'hospitalisation⁵, est ainsi plus élevée dans le secteur privé (12,8 %) que dans le secteur public

(7,9 %). D'un autre côté, la proportion d'appendicectomies compliquées, pour lesquelles, en revanche, la durée d'hospitalisation est plus longue, est un peu plus importante dans le secteur public (16,9 %) que dans le secteur privé (14,3 %)⁶.

Un processus de spécialisation qui s'est renforcé depuis quatre ans

Globalement, 35 % des séjours effectués en 1997 dans des unités de soins de courte durée MCO sont affectés dans un GHM « chirurgical ». Entre 1993 et 1997, la part des établissements du secteur privé augmente pour la plupart des groupes de pathologies pour lesquels cette proportion est supérieure à cette valeur moyenne (graphique 4). C'est le cas des maladies de l'œil et de ses annexes, des maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, des malformations congénitales et anomalies chromosomiques, des maladies de l'appareil génito-urinaire, des tumeurs et des maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Toutefois, des mouvements contrastés peuvent apparaître en observant plus finement les motifs de recours. Ainsi, par exemple, dans le groupe des maladies de l'œil

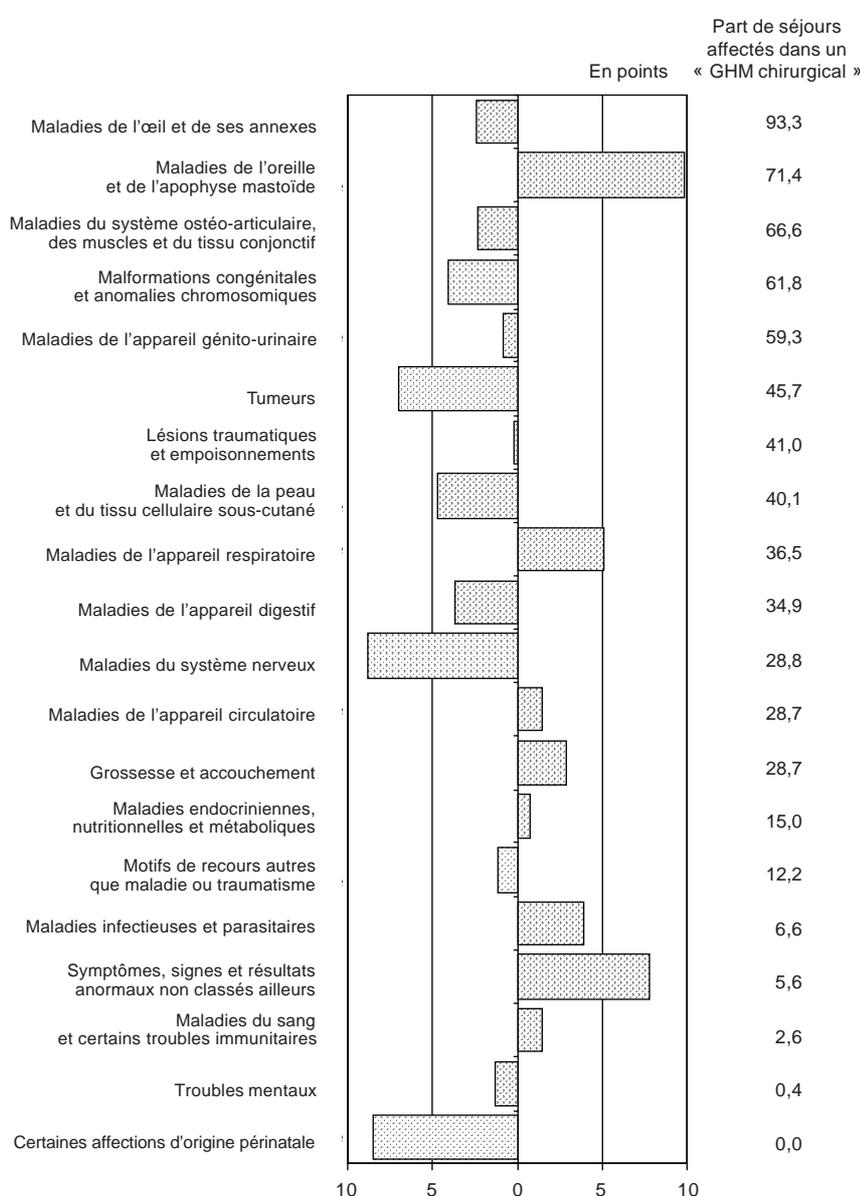
et de ses annexes, le secteur privé voit sa part de marché augmenter dans les opérations de la cataracte, acte fréquent, programmé et, souvent, réalisé en chirurgie ambulatoire. En revanche, sa part diminue dans le traitement des autres affections du groupe, comme les décollements ou déchirures de la rétine, affection plus rare et à l'origine de recours non programmés : 37 % des séjours en 1997 contre 60 % en 1993.

5. La différence entre les deux types de voie d'abord, voie ouverte et coelioscopie, est de 0,5 jour dans le cas du GHM 225, appendicectomies non compliquées âge inférieur à 70 ans sans complications ou morbidités associées.

6. Toutefois, d'une façon générale, la gravité de l'état du patient est difficile à apprécier à travers le PMSI. Le résumé de sortie standardisé (RSS) ne contient pas d'informations sur celle-ci autres que l'âge, les comorbidités classantes et le décès au cours de l'hospitalisation. En particulier, il n'y a aucune indication directe sur le stade de la maladie et certains facteurs de risque aggravants tels que l'alcoolisme sont largement sous-estimés. Il n'y a pas non plus, dans le RSS, de renseignements sur la situation sanitaire du patient, la précarité pouvant s'avérer un facteur d'allongement du séjour lié, en particulier, à la recherche d'une structure d'accueil relayant le service de soins.

G
04

évolution 1993 - 1997 de la part du secteur public par grands groupes de pathologies classés selon la part décroissante de séjours affectés dans un « GHM chirurgical »



Proportion de séjours de toutes causes affectés dans un « GHM chirurgical » : 35 %.

Lecture : la part du secteur privé dans les maladies de l'œil s'est accrue d'environ deux points et demi entre 1993 et 1997 ; celle du secteur public a augmenté de près de dix points dans les maladies de l'oreille.

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES, Bureau État de santé de la population, enquête de morbidité hospitalière 1992-1993 et base nationale PMSI 1997.

A contrario, la part du secteur public augmente entre 1993 et 1997 pour des groupes comme les maladies infectieuses et parasitaires ou les maladies du sang, au sein desquels la proportion de « GHM chirurgicaux » est faible.

Elle progresse également pour les maladies de l'appareil circulatoire, ainsi que pour les grossesses et accouchements. Ceci est en partie lié à la diminution du nombre des lits de gynécologie-obstétrique intervenue au cours de la période. En effet, si le nombre de lits supprimés a été voisin dans les deux secteurs (1 259 lits dans le secteur public et 1 269 dans le secteur privé), la réduction a été proportionnellement beaucoup plus importante pour le secteur privé (-12,3 %) que pour le secteur public (-7,1 %).

Enfin, la prise en charge des affections périnatales reste très largement l'apanage du secteur public, bien que sa part relative diminue de 96 % en 1993 à 91 % en 1997. ●

Pour en savoir plus

● « Statistique annuelle des établissements de santé, SAE - 1997 », Documents de travail, Collection Études et Statistiques, n° 7, septembre 1999, DREES.

● « L'activité des hôpitaux en 1997 et 1998 », Annie Deville et Claire Lesdos-Cauhapé, Études et Résultats n° 24, juillet 1999, DREES.

● « Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée, enquête de morbidité hospitalière 1992-1993 », tomes 1 et 2, Documents statistiques n° 274 et 274 bis, décembre 1996, SESI.

● « Le PMSI, analyse médico-économique de l'activité hospitalière », La Lettre d'informations hospitalières, Lettre des Systèmes d'informations médicalisés, n° spécial, mai 1996, DH.

● Site INTERNET : <http://www.le-pmsi.fr>

La baisse de la part du secteur privé dans la prise en charge des maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde correspond à une forte baisse des séjours hospitaliers qui y sont liés (275 900 séjours dont 204 400 dans les établissements du secteur privé en 1993 et 197 800 dont 127 200 dans le sec-

teur privé en 1997). Cette diminution concerne essentiellement le traitement des otites moyennes et mastoïdites, induisant la pose de drains trans-tympaniques ou des adénoïdectomies (à l'origine de 89 700 séjours dans les établissements du secteur privé en 1997 contre 139 300 en 1993).