



# Études et Résultats

N° 664 • octobre 2008

## La spécialisation des établissements de santé en 2006

Les tendances observées depuis 1997 dans l'activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé se sont confirmées : baisse du nombre de lits au profit d'alternatives à l'hospitalisation complète, croissance de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique de 9,2 % entre 2003 et 2006, poursuite de la spécialisation de l'activité des établissements en fonction de leur statut juridique. Ainsi, en 2006, le secteur public accueille en médecine les deux tiers des séjours et tout particulièrement les nourrissons et les personnes âgées. Les cliniques privées, elles, prennent en charge plus de la moitié des séjours chirurgicaux, notamment pour les actes simples, trois séjours de moins de un jour sur quatre étant réalisés dans ces établissements. En obstétrique, les maternités publiques accueillent près de deux accouchements sur trois et leur part dans la prise en charge des affections post-partum a atteint 73 % en 2006. Dans le domaine de la cancérologie, les établissements de santé s'adaptent aux nouvelles modalités mises au point dans le cadre du plan Cancer 2003-2007 et qui ont pour but de garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité.

**Philippe LOMBARDO**

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

**E**N 2006, en France métropolitaine, on dénombre 1 230 établissements qui ont une activité de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) (encadré 1). Les capacités des établissements ont sensiblement évolué ces dernières années. Le nombre de lits (222 000 en 2006) a baissé de 1,2 % en moyenne annuelle depuis 10 ans, soit une fermeture d'environ 30 000 lits. En contrepartie, les alternatives à l'hospitalisation complète ont été développées. Ainsi, le nombre de places installées dans les établissements pour l'hospitalisation à temps partiel (hospitalisation de moins de un jour) a fortement augmenté. En effet, avec une hausse de 4,5 % en moyenne annuelle depuis 1997, ce nombre est passé de 14 000 en 1997 à 20 000 en 2006. Cette hausse s'observe partout et ne modifie pas les répartitions des capacités entre les secteurs. Certains phénomènes sont cependant plus marqués d'un secteur à l'autre. Les hôpitaux publics ont enregistré la hausse la plus importante du nombre de places d'hospitalisation partielle et les établissements privés à but non lucratif la baisse la plus conséquente pour les lits d'hospitalisation complète (respectivement +6,0 % et -2,3 % en moyenne annuelle depuis 1997).

L'activité de court séjour a crû de 9,2 % depuis 2003 pour atteindre 16,5 millions de séjours en 2006. Près de 10 millions de séjours en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ont été réalisés en hospitalisation à temps complet, un volume relativement stable depuis 2004. La baisse du nombre de journées, amorcée depuis plusieurs années, se poursuit : 58,5 millions de journées en 2006. Le nombre de séjours de moins de un jour s'élève à 6,5 millions en 2006 alors qu'il était de 5,1 millions en 2003 (soit une hausse de +27 % en 4 ans).

L'activité de court séjour n'est pas répartie de façon homogène entre les secteurs. La médecine est ainsi concentrée dans les établissements publics, qui réalisent près des deux tiers des séjours médicaux (ces établissements détiennent 8 lits de médecine sur 10), ce qui représente

70 % de leur activité totale de MCO. En revanche, les cliniques privées réalisent 60 % des séjours classés en chirurgie. Cette part est même de 75 % pour la chirurgie ambulatoire (avec 7 places de chirurgie sur 10 installées dans les cliniques privées). L'activité du secteur public est prépondérante pour l'obstétrique puisque celui-ci en réalise 65 %, contre 28 % pour les cliniques privées et 7 % pour les établissements privés à but non lucratif. Cette répartition de l'activité de court séjour des établissements de santé est restée stable ces dernières années.

L'existence de stratégies de spécialisation différenciées est plus patente encore dès lors que l'on détaille plus finement les parts de marché entre secteurs et la palette d'activités des établissements de santé (encadré 2).

Avec le plan Cancer 2003-2007 de nouvelles modalités ont été élaborées qui soumettent les établissements de santé à autorisation pour pouvoir pratiquer certaines activités liées au traitement des cancers. Trois des six spécialités chirurgicales soumises à autorisation en cancérologie ont été étudiées pour 2006.

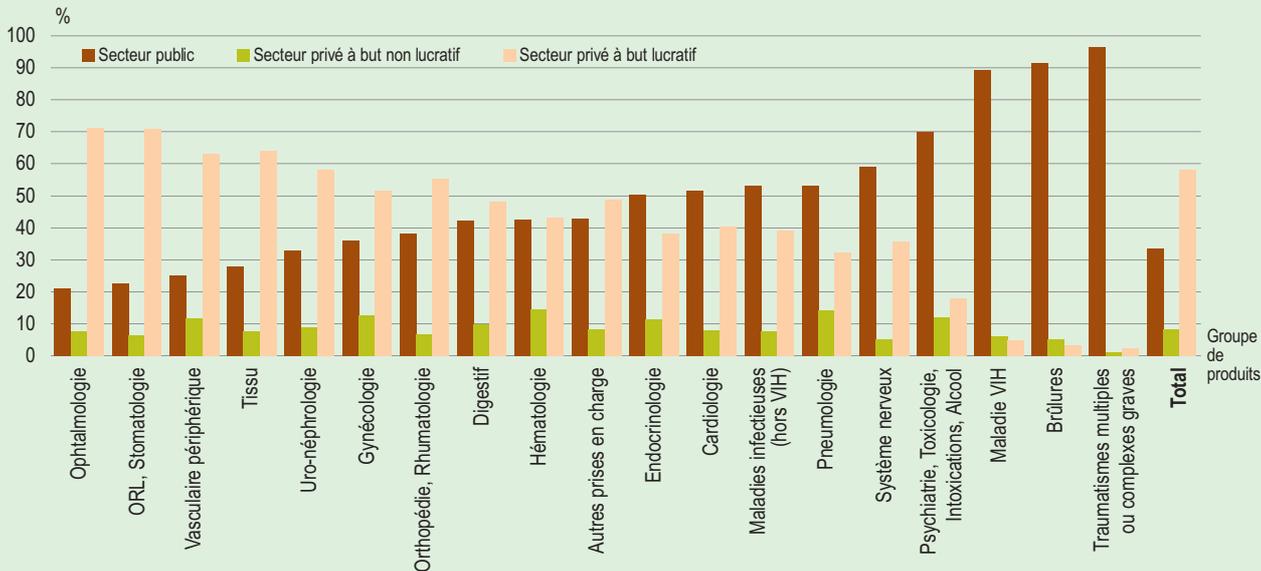
### **Chirurgie : plus de la moitié des séjours réalisés par les cliniques privées**

Avec plus de 5,4 millions de séjours en 2006, l'activité de chirurgie compte pour un tiers de l'activité de court séjour. Les établissements du secteur public prennent en charge un séjour chirurgical sur trois, tous modes d'hospitalisation confondus, et les cliniques privées plus de la moitié.

Les établissements publics ont une activité chirurgicale très diversifiée. En effet, la part du secteur public est assez importante dans l'ensemble des groupes de produits en chirurgie (aucun groupe d'activités n'a une part inférieure à 21 %) (graphique 1). L'activité des cliniques privées domine cependant dans quelques groupes d'activités dont l'ophtalmologie et l'ORL (71 % de prise en charge pour les cliniques privées), les soins pour les tissus cutanés et sous-cutanés (64 %) ou le vasculaire périphérique (63 %).

## GRAPHIQUE 1

### Part de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le groupe de produits en 2006



**Note de lecture** • 21 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 71 % par le secteur privé à but lucratif et 8 % par le secteur privé à but non lucratif.

**Champ** • France métropolitaine.

**Sources** • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

## ENCADRÉ 1

### Concepts et sources

#### Le champ

Le champ retenu pour les résultats présentés dans cette étude est restreint aux activités et capacités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé, en France métropolitaine. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas prise en compte (moins de 0,5 % de l'activité).

Les établissements de santé sont répartis selon leur statut juridique : les établissements publics, les établissements privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif (désignés aussi par le terme cliniques privées).

#### Définitions

• **Établissement de santé** : on désigne par établissement de santé les entités juridiques pour les hôpitaux publics et les sites géographiques pour les établissements privés. Pour les établissements comportant des services de maternité de niveaux autorisés différents, le niveau le plus élevé a été retenu pour les calculs, en particulier pour les taux de césarienne.

• **Hospitalisation complète** : il s'agit d'unités d'accueil hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à un jour. On parle de « entrées » et de « journées » pour décrire l'activité en hospitalisation complète et de « lits » pour décrire les capacités.

• **Hospitalisation partielle** : hospitalisation de moins d'un jour. On parle de « venues » pour décrire l'activité en hospitalisation partielle et de « places » pour décrire les capacités.

#### Les sources

• **Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** : mis en place par le ministère chargé de la santé et collecté par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), il fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé.

• **La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** : collectée par la DREES, elle décrit l'activité, les capacités et équipements, les personnels des établissements de santé publics et privés.

Un appariement des deux sources permet d'améliorer la qualité des données, l'une des sources venant corriger les imprécisions de l'autre et vice-versa. Ces travaux permettent une exploitation conjointe des sources depuis 1997.

#### Les classifications utilisées dans l'étude

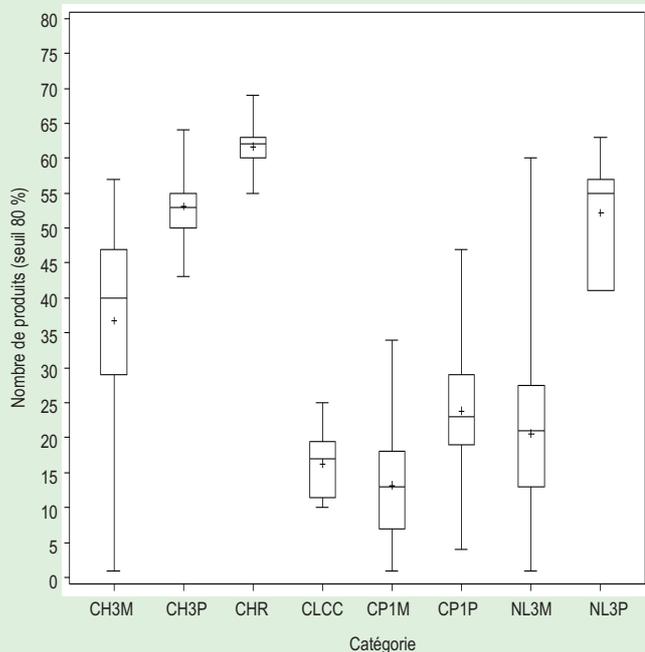
Les résultats sont présentés grâce à deux nomenclatures : les groupes homogènes de malades (GHM) et l'outil d'analyse du PMSI (OAP). La seconde est construite à l'aide de la première.

Chaque séjour, enregistré dans le PMSI, donne lieu à un recueil d'informations qui permet de le classer dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce dernier englobe des séjours relativement proches en termes de pathologies ou d'actes thérapeutiques, et de consommation de ressources. De plus, un GHM est classé dans une discipline médico-tarifaire (DMT) : médecine, chirurgie ou obstétrique. L'activité de court séjour se répartit entre les trois disciplines. Elle est parfois appelée MCO par abus de langage.

La classification des groupes d'activités (ou groupes de produits, ou pôles) utilisée ici, l'outil d'analyse du PMSI (OAP), a été élaborée et est maintenue par l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris dans le cadre du comité technique régional de l'information médicale d'Île-de-France. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM) en tenant compte également de la lourdeur des pathologies et enfin de l'âge des patients. Les résultats sont présentés de façon plus synthétique que par les GHM et donnent une approche plus médicale et fonctionnelle.

## ENCADRÉ 2

### Des activités dominantes ou diversifiées selon les catégories d'établissements



### Nombre de produits pour décrire 80 % de l'activité – PMSI 2006

#### Note de lecture

En abscisse, les catégories d'établissements : centre hospitalier avec distinction + ou - 300 lits et places (CH3M et CH3P), centre hospitalier régional (CHR), centre de lutte contre le cancer (CLCC), clinique privée avec distinction + ou - 100 lits et places (CP1M et CP1P), établissement privé à but non lucratif avec distinction + ou - 300 lits et places (NL3M et NL3P).

En ordonnée : le nombre de produits nécessaires pour atteindre 80 % de l'activité en nombre de séjours.

Les « boîtes » sont un résumé graphique de distribution. Elles donnent, pour chaque catégorie d'établissements, la répartition des effectifs en fonction de l'indicateur en ordonnée, avec pour repères les quartiles 25 %, 50 %, 75 % ainsi que les valeurs extrêmes, la moyenne est indiquée par un « + ». Plus une boîte est étendue, plus la dispersion au sein de la catégorie est importante pour l'indicateur (autrement dit plus la valeur de l'indicateur varie au sein de la catégorie d'établissements).

Exemple : la catégorie des CH de moins de 300 lits et places (CH3M) est très dispersée par rapport à la catégorie des CHR : des différences notables apparaissent d'un CH à l'autre. Pour cette catégorie, la valeur la plus faible de l'indicateur est de un produit pour 80 % d'activité, la plus élevée est 57. Parmi l'ensemble des établissements de la catégorie, 25 % atteignent le seuil d'activité retenu avec moins de 29 produits, 50 % avec moins de 40 produits et 75 % avec moins de 47 produits.

### 10 % des établissements de santé se spécialisent dans une ou des activités dominantes

Un établissement peut être qualifié de très spécialisé dès lors qu'une majeure partie de son activité se concentre sur quelques domaines spécifiques. On veut donc observer la diversité de la palette d'activités des établissements. Pour ce faire, on regarde le nombre de produits (OAP) réalisés par l'établissement pour atteindre un seuil d'activité de 80 %. Les maternités étant mises à part, et en supposant que l'établissement est spécialisé si le seuil est atteint avec au plus 5 produits, on constate que près d'une centaine d'établissements (publics et privés) sur les 1 230 établissements du champ MCO rentrent dans ce critère de spécialisation.

Une dizaine d'établissements du secteur public apparaissent dans la liste parmi lesquels des centres hospitaliers spécialisés dans l'ophtalmologie (c'est le cas notamment du « Centre hospitalier des quinzevingts » à Paris), la rhumatologie ou encore la gériatrie. Ils enregistrent cependant un faible nombre de séjours et ce sont tous de petits centres hospitaliers (CH), dotés de moins de 150 lits et places MCO. Ils n'ont pas d'activités de soins de type « spécialisés » (hors MCO) soumises à autorisation comme le traitement des grands brûlés ou la chirurgie cardiaque et ne prennent pas en charge les urgences.

On recense un peu plus de soixante cliniques privées « très spécialisées ». Leurs volumes d'activité sont beaucoup plus importants que les précédents avec 5 000 séjours annuels en moyenne. Les établissements qui atteignent le seuil de 80 % avec seulement un produit sont spécialisés dans les maladies du tube digestif ou les maladies de l'œil ou encore ne réalisent que des endoscopies.

Enfin, on compte une quinzaine d'établissements privés à but non lucratif, pour la plupart des établissements participant au service public hospitalier (PSPH), qui ont une palette d'activités peu diversifiée. Ce sont toutes des structures de taille moyenne (volume moyen autour de 3 000 séjours et jamais plus de 75 lits et places MCO), notamment spécialisées en cancérologie, en maladies du tube digestif ou en pneumologie.

### Les établissements aux activités diversifiées sont le plus souvent publics

Un établissement est considéré comme généraliste lorsque sa palette d'activités se compose de plus de 30 produits différents pour un seuil de 80 % d'activité. Dans l'ensemble des établissements ayant une activité de court séjour, environ 450 sont dans ce cas de figure.

Une cinquantaine de cliniques privées peuvent être considérées comme généralistes. Ce sont pour la plupart d'importantes structures : elles ont presque toutes des capacités dépassant les 100 lits et places MCO. Beaucoup de ces établissements, souvent dénommées « polyclinique » ou « hôpital privé », atteignent le seuil d'activité de 80 % avec 31 à 35 produits distincts. La clinique qui atteint le seuil de 80 % d'activité avec le plus de produits (le Centre MCO Claude Bernard à Albi, avec 47 produits) est aussi généraliste que certains centres hospitaliers d'au moins 300 lits et places, mais elle reste un cas isolé et la plupart des cliniques dont l'activité est variée ont une palette moins large que les CH (voir représentation graphique : les deux « boîtes » des cliniques sont en dessous de celles des CH de plus de 300 lits et places).

Les centres hospitaliers universitaires ou régionaux (CHU/CHR) sont peu dispersés et détiennent les valeurs de l'indicateur les plus élevées : le CHU dont l'activité est la moins variée cumule 55 produits pour 80 % d'activité et ce chiffre est de 69 pour le plus diversifié. Il y a environ 340 centres hospitaliers sur les 440 qui font partie du champ MCO dont l'activité est très variée. Presque 90 % de ces établissements ont plus de 35 produits recensés pour le seuil d'activité retenu. L'établissement le plus généraliste est comparable aux CHU avec 64 produits pour un volume de 56 000 séjours. Plus ils sont généralistes, plus ils disposent d'équipements médicaux lourds (surtout d'un scanner) et sont dotés de services de réanimation ou d'accueil des urgences.

Il reste enfin, sur les 450 établissements considérés comme généralistes, environ une trentaine d'établissements du secteur privé à but non lucratif, presque tous PSPH. On remarque que seulement 7 établissements ont plus de 300 lits et places MCO avec un volume d'au moins 20 000 séjours. Les autres établissements ont en moyenne un volume de 10 000 séjours.

Les hôpitaux publics ont toutefois la quasi-exclusivité de la prise en charge de certains actes complexes et peu fréquents comme les brûlures (92 %) ou la chirurgie des traumatismes multiples graves (97 %). Cette spécialisation s'est renforcée entre 2003 et 2006 (1 point pour chacun des groupes entre 2003 et 2006). En revanche, la part des établissements publics pour la neurochirurgie (59 %) est en baisse de 3 points par rapport à 2005, même si le volume des séjours a augmenté : l'augmentation a été moins forte que dans les cliniques privées pour lesquelles la part de marché est donc logiquement en hausse.

À l'opposé, les cliniques privées concentrent leur activité chirurgicale sur des actes simples, souvent réalisables en moins d'un jour. La part des cliniques est ainsi très élevée en chirurgie ambulatoire avec trois séjours sur quatre réalisés dans leurs structures. Ainsi, elles réalisent environ 76 % de la chirurgie de la cataracte, 74 % de la chirurgie des varices, 74 % des arthroscopies, 72 % des ablations des amygdales ou des végétations et des poses de drains trans-tympaniques et 66 % de la chirurgie

de la main et du poignet (décompression du canal carpien et chirurgies pour maladie de Dupuytren en particulier). Ces traitements chirurgicaux représentent un tiers de l'activité des cliniques privées et sont souvent réalisés en moins de deux jours.

L'activité de chirurgie réalisée dans les établissements du secteur privé à but non lucratif représente, quant à elle, seulement 8 % de l'activité totale de chirurgie. Ces établissements concentrent leur activité sur les pathologies cancéreuses, on retrouve d'ailleurs dans ce secteur les vingt centres de lutte contre le cancer (CLCC). La chirurgie gynécologique, dont les tumeurs et affections du sein, est prise en charge par ce secteur à 13 %.

### Médecine : les hôpitaux publics majoritaires dans tous les groupes d'activités sauf pour les endoscopies

L'activité de médecine, qui représente 59 % de l'activité de MCO en 2006 avec près de 9,7 millions de séjours, est largement réalisée par les établissements du secteur public. En effet, ces établissements prennent en

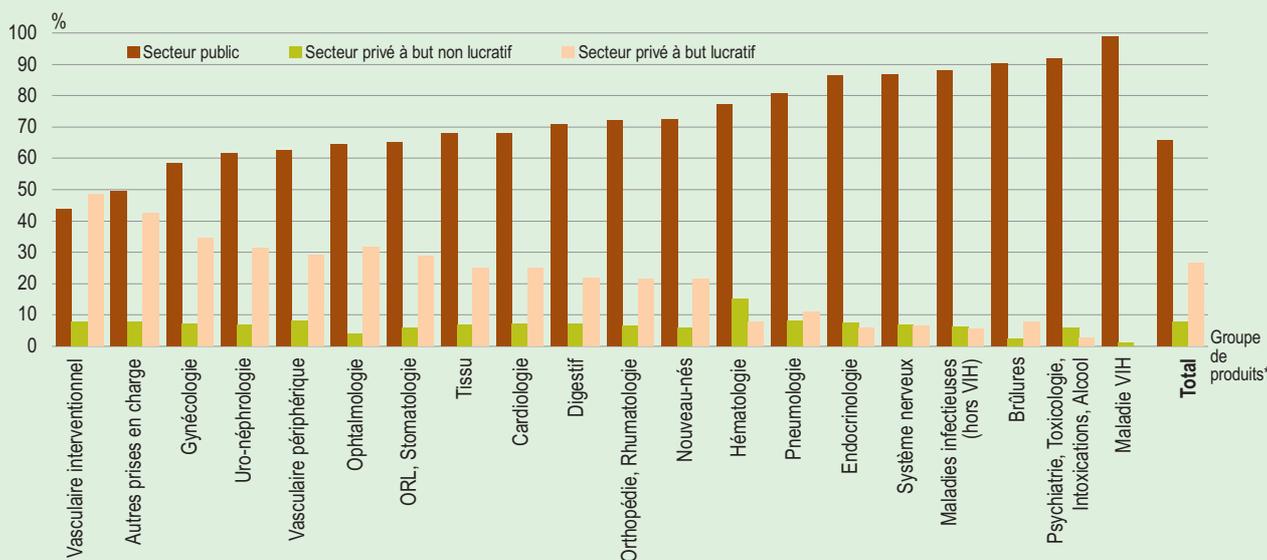
charge les deux tiers des séjours classés en médecine et cette part n'a pas évolué depuis plusieurs années.

Dans la quasi-totalité des groupes d'activités médicales, la part du secteur public est d'au moins 50 % et elle est même supérieure à 80 % pour les pathologies relevant de la pneumologie ou de l'endocrinologie, les maladies du système nerveux, les maladies infectieuses, les maladies en lien avec le VIH, les brûlures et les pathologies psychiatriques ou addictives (graphique 2). Le groupe « vasculaire interventionnel » qui correspond à la pose d'endoprothèses vasculaires (stents placés dans les coronaires et les vaisseaux, ne nécessitant pas d'acte chirurgical) est le seul groupe d'activités de médecine pour lequel le secteur public n'est pas majoritaire avec 44 % de part de marché contre 48 % pour les cliniques privées.

Les cliniques privées ne prennent en charge que 27 % des séjours médicaux, mais cette part a eu tendance à augmenter entre 2003 et 2006. Les trois quarts des endoscopies sous anesthésie avec une durée inférieure à deux jours sont réalisés dans des établissements du secteur privé à but

GRAPHIQUE 2

### Part de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le groupe de produits en 2006



**Note de lecture** • 63 % de l'activité médicale en vasculaire périphérique est prise en charge par le secteur public, contre 29 % par le secteur privé à but lucratif et 8 % par le secteur privé à but non lucratif.

\* Il n'est pas présenté dans ce tableau le pôle d'activité "chimiothérapie, radiothérapie et transfusion".

**Champ** • France métropolitaine.

**Sources** • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

lucrative, soit 1 255 000 séjours. La part des établissements privés à but non lucratif dans les séjours de médecine est de 8 %, cette proportion est stable depuis 2003. Les établissements de ce secteur ont une forte activité liée au traitement des cancers telle que la chimiothérapie et la radiothérapie.

La palette d'activités médicales des établissements publics est très variée et la médecine représente 70 % de l'activité de court séjour de cette catégorie d'établissement. Les séjours relatifs à l'appareil digestif sont pris en charge dans 71 % des cas dans les hôpitaux publics. Ils représentent 9 % de l'activité totale de médecine de ce secteur. Les autres groupes de produits les plus importants dans le reste de l'activité médicale des établissements publics sont les maladies du système nerveux (9 %), la cardiologie (9 %), la pneumologie (8 %) et les « autres prises en charges » (26 %)<sup>1</sup>.

L'endoscopie représente près de la moitié de l'activité de médecine des cliniques privées. Viennent ensuite les pôles cardiologie (9 %), digestif (7 %) et uro-néphrologie (6 %). Les établissements privés à but non

lucrative ont eux aussi une part importante d'endoscopies mais dans une moindre mesure. Leurs autres activités médicales importantes sont la cardiologie (8 %), le digestif (8 %), et la pneumologie (7 %).

Une spécialisation selon l'âge des patients est également observée. Elle peut être illustrée aux âges extrêmes de la vie par la prise en charge médicale des gastro-entérites et affections du tube digestif : plus de neuf nourrissons et enfants en bas âge sur dix sont pris en charge par les hôpitaux publics (graphique 3). La part de ces établissements diminue ensuite progressivement et se situe aux alentours de 55 % pour les patients de 55 à 84 ans ; passé cet âge, les personnes âgées sont traitées dans les deux tiers des cas par les hôpitaux publics.

### Obstétrique : près de deux accouchements sur trois ont eu lieu dans une maternité publique

En 2006, environ 784 000 accouchements<sup>2</sup> ont eu lieu à l'hôpital, tous secteurs confondus, soit une hausse de 5,6 % entre 2003 et 2006. Ces accouchements ont été pris en charge par

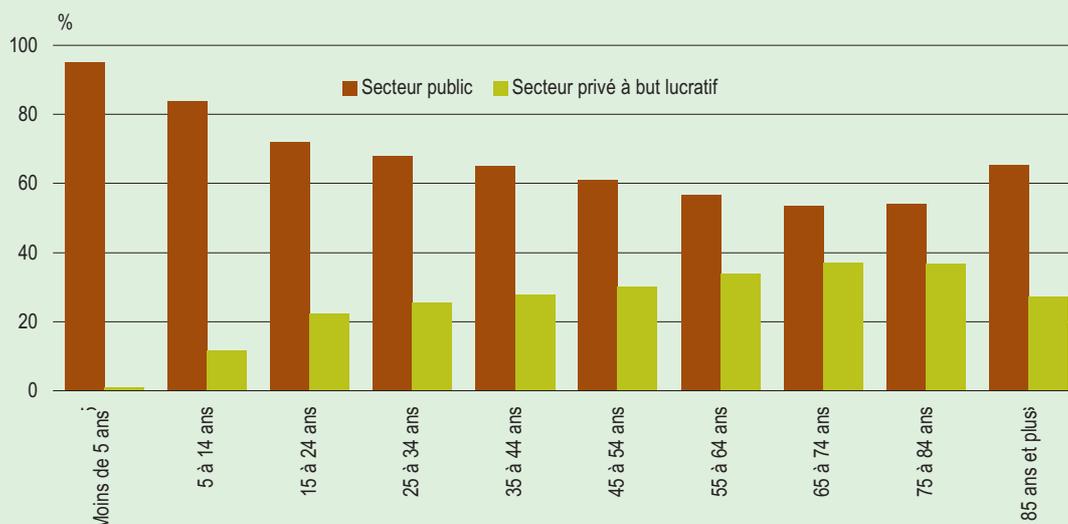
près de 600 maternités, qui disposent chacune d'un niveau d'autorisation en fonction de leurs prestations. Ces niveaux ont été définis par le décret de périnatalité du 9 octobre 1998 et sont au nombre de trois : un établissement est de niveau 3 s'il dispose sur le même site que le service d'obstétrique d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatalogie ; un établissement est de niveau 2 s'il dispose d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ; et enfin il est de niveau 1 s'il dispose d'un service d'obstétrique seulement. Le niveau 1 compte un peu plus de 300 maternités réparties sur les trois secteurs : environ 130 sont des cliniques privées, une trentaine des établissements privés à but non lucratif et 150 des maternités publiques. Parmi les maternités de niveau 2 (environ 210 établissements), 75 % sont publiques et 21 % sont des cliniques privées. Enfin, les maternités de niveau 3, environ une soixantaine d'établissements, sont presque exclusivement des maternités publiques et quelques établissements privés à but non lucratif. Le taux de césariennes est plus important dans

1. Ce groupe comporte notamment les endoscopies sous anesthésie avec séjours inférieurs à deux jours, les séjours inférieurs à deux jours non classés ailleurs (dans un autre groupe).

2. Il s'agit des accouchements pris en charge dans une structure hospitalière, hors service de santé des armées et établissements non soumis à la tarification à l'activité. On estime à environ 5 000 les naissances hors maternités (source : état-civil).

GRAPHIQUE 3

### Prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2006 dans les secteurs public et privé à but lucratif



**Note de lecture** • Note de lecture : 95 % 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 % par le secteur privé à but lucratif.

**Champ** • France métropolitaine.

**Sources** • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

les maternités de niveau 3 (20,5 % pour le secteur public et 21,8 % pour le secteur privé à but non lucratif) du fait d'une prise en charge plus fréquente des grossesses à risque dans ces établissements. Il diminue avec le niveau d'autorisation (pour atteindre respectivement 17,8 % et 19,4 % pour les mêmes secteurs en niveau 1) avec une exception pour les cliniques privées qui ont un taux stable à environ 21 % en niveau 1 et 2.

Près de deux accouchements sur trois ont eu lieu dans une structure publique en 2006 (tableau 1). Si la part du public pour la prise en charge des accouchements est stable ces dernières années, certaines activités d'obstétrique se sont redistribuées entre les secteurs, surtout entre les maternités publiques et les cliniques privées. C'est le cas du traitement des affections ante-partum et des séjours divers d'une durée de moins de deux jours où la proportion des séjours réalisés par les établissements publics a baissé respectivement de 8 et 9 points entre 2003 et 2006. En revanche, les affections de suite de couche sont de plus en plus traitées dans les hôpitaux publics. En effet, ces derniers ont ren-

forcé leur part de prise en charge des affections post-partum de 5 points entre 2003 et 2006 pour atteindre un niveau de 73 % en 2006. Les interruptions thérapeutiques ou volontaires de grossesse sont également majoritairement réalisées dans le secteur public (à 71 % en 2006, soit +5 points entre 2003 et 2006).

Les cliniques privées réalisent, quant à elles, 28 % des séjours d'obstétrique. Elles ont pris en charge 29 % des accouchements, pour la plupart sans complication, ce qui constitue 61 % de leur activité totale d'obstétrique. Les établissements privés à but non lucratif ont une part de prise en charge des séjours d'obstétrique de 7 % sur l'ensemble des secteurs et cette contribution est restée très régulière au cours du temps. Ces établissements réalisent essentiellement des accouchements (68 % de leurs activités obstétricales).

### Cancérologie : une activité en mutation

Les établissements de santé devront bientôt disposer d'autorisations pour pouvoir pratiquer certaines activités liées au traitement des cancers. Ce

dispositif se met progressivement en place pour être effectif entre 2009 et 2012. Chaque établissement pourra demander une autorisation pour un ou plusieurs types de traitements des cancers.

Des seuils d'activité minimale annuelle ont été fixés par le ministère de la Santé pour les principales pratiques thérapeutiques : chirurgie des cancers, chimiothérapie et radiothérapie<sup>3</sup>. Six spécialités chirurgicales sont soumises à seuil : pathologies mammaires, pathologies digestives – y compris foie, pancréas et voies biliaires –, pathologies urologiques, pathologies thoraciques, pathologies gynécologiques et enfin pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales. Ainsi, par exemple, pour être autorisé à pratiquer les traitements du cancer du sein, un établissement devra réaliser au moins trente interventions par an (encadré 3). Pour chacune des pratiques thérapeutiques, les établissements devront atteindre 80 % minimum du seuil fixé au moment de la demande au regard de la moyenne de leur activité sur les trois dernières années et bénéficieront d'une période de mise en conformité de 18 mois (à l'exception de la pratique de la radiothérapie qui fait l'objet d'une période de mise en conformité de 36 mois) pour atteindre les 100 %. Les seuils permettent de garantir que l'établissement réalise les traitements avec une fréquence minimale nécessaire pour assurer une prise en charge efficace de la pathologie.

En plus des seuils d'activité fixés pour les pratiques thérapeutiques précitées, le respect de six conditions transversales de qualité<sup>4</sup> sera exigé. Les établissements de santé devront enfin se conformer aux critères techniques d'agrément<sup>5</sup>, définis par l'Institut national du cancer (INCA) qui visent à garantir la qualité et la sécurité des traitements. Par ailleurs, l'établissement devra faire partie d'un réseau régional ou territorial de cancérologie. Ces réseaux regroupent localement des établissements qui ont une activité de cancérologie et, plus généralement, l'ensemble des acteurs de la cancérologie dans la région. Ils jouent un rôle-clé dans la mobilisation contre le cancer.

3. Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

4. Voir encadré 3 pour le détail.

5. Disponibles sur le site Internet de l'INCA depuis le 16 juin 2008.

TABLEAU 1

### Part de prise en charge des activités obstétricales selon le statut de l'établissement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2006 (en %) et nombre total de séjours correspondant (en milliers)

	Établ. publics	Établ. privés à but non lucratif	Établ. privés à but lucratif	Nombre de séjours (ensemble des établ.)
<b>Ensemble activité obstétricale</b>	<b>65,1</b>	<b>7,0</b>	<b>27,9</b>	<b>1 335</b>
<b>Accouchements :</b>	<b>62,7</b>	<b>8,1</b>	<b>29,2</b>	<b>784</b>
sans complications	61,7 (38,6%)	8,0 (46,9%)	30,2 (44,1%)	543
avec complications (1)	65,0 (18,0%)	8,2 (21,2%)	26,8 (17,3%)	241
<b>Affections ante-partum, dont :</b>	<b>64,0</b>	<b>6,0</b>	<b>30,0</b>	<b>151</b>
séjours inférieurs à deux jours*	58,2	4,6	37,2	60
<b>Affections post-partum</b>	<b>72,8</b>	<b>6,0</b>	<b>21,3</b>	<b>13</b>
<b>Interruptions de grossesse, dont :</b>	<b>71,1</b>	<b>4,9</b>	<b>24,0</b>	<b>256</b>
séjours inférieurs à deux jours*	71,1	4,9	24,0	245
<b>Autres séjours inférieurs à deux jours*</b>	<b>68,3</b>	<b>5,5</b>	<b>26,2</b>	<b>131</b>

**Note de lecture** • Les établissements publics prennent en charge 62,7 % des accouchements et plus particulièrement 65% des cas avec complications, ces derniers représentant 18 % de leur activité obstétricale (les chiffres entre parenthèse sont les parts représentées par le produit dans l'activité obstétricale totale du type d'établissement considéré).

(1) Césariennes et accouchements par voie basse avec complications.

\* Les séjours inférieurs à deux jours comprennent les séjours en ambulatoire (moins de un jour) ou ceux comportant au moins un jour.

**Champ** • France métropolitaine.

**Sources** • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

## Cancérologie : les conditions d'attribution des autorisations

Des seuils d'activité minimale annuelle, fixés pour les principales pratiques thérapeutiques et devant être atteints par les établissements<sup>1</sup>, comptent parmi les conditions établies par le ministère de la Santé et l'Institut national du cancer. Ils permettent de garantir que l'établissement dispose d'une expérience suffisante des pratiques thérapeutiques et que la prise en charge sera ainsi efficace.

### Seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de traitement des cancers

Pratique thérapeutique	Spécialités soumises à seuil	Nombre minimal d'interventions (I) ou de patients (P)
Chirurgie des cancers	Pathologies mammaires (tumeurs du sein)	30 (I)
	Pathologies digestives (tractus digestif, y compris foie, pancréas et voies biliaires)	30 (I)
	Pathologies urologiques	30 (I)
	Pathologies thoraciques	30 (I)
	Pathologies gynécologiques	20 (I)
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales	20 (I)
Radiothérapie externe par site disposant au moins de deux appareils	Radiothérapie externe	600 (P)
Chimiothérapie ou autres traitements médicaux spécifiques du cancer	Chimiothérapie, dont : chimiothérapie ambulatoire en hospitalisation de jour	80 (P) 50 au moins

La circulaire du 26 mars 2008 précise la méthodologie à suivre dans le cadre des analyses des activités soumises à seuils. Le PMSI-MCO est la base de données permettant de réaliser des études d'impact pour les six spécialités chirurgicales, pour la chimiothérapie et pour la radiothérapie à partir des données contenues dans les résumés standardisés anonymes (RSA). En effet, dans l'analyse réalisée ici pour 3 des 6 spécialités chirurgicales, les séjours relatifs aux traitements de ces cancers, peuvent être repérés dans la base de données au moyen d'un groupe homogène de malades (GHM) chirurgical et d'un diagnostic principal de cancer de la spécialité étudiée. Les données concernant les radiothérapies et les chimiothérapies ne sont pas prises en compte dans l'analyse présentée.

En plus des seuils d'activité précités, le respect de conditions transversales de qualité correspondant aux éléments suivants sera exigé :

- l'accompagnement de la personne malade lors de l'annonce de la maladie (dispositif d'annonce) ;
- la concertation pluridisciplinaire, garantissant au patient que le traitement qui lui est proposé est le fruit d'une réflexion entre plusieurs professionnels de santé par la tenue régulière de réunions de concertation ;
- la remise au patient d'un programme personnalisé de soins ;
- le suivi des référentiels de bonne pratique clinique ;
- l'accès pour les patients à des soins « de support » (prise en charge de la douleur, suivi nutritionnel, soutien psychologique, accès aux services sociaux, etc.) ;
- l'accès pour la personne malade aux traitements innovants et aux essais cliniques.

Les autorisations seront ensuite délivrées par les agences régionales de l'hospitalisation sous réserve d'appartenance à un réseau régional (ou territorial) de cancérologie et de conformité des établissements à des critères techniques d'agrément spécifiques à chaque pratique thérapeutique<sup>2</sup>.

Sites à consulter : [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)  
[www.parhitage.sante.fr](http://www.parhitage.sante.fr)  
[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)  
[www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)

1. Les mesures s'appliquent à l'ensemble des établissements de France, même si les résultats présentés dans cette étude concernent les établissements de France métropolitaine uniquement

2. Ils sont définis par l'INCa et disponibles sur le site [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr) depuis le 16 juin 2008.

Les nouvelles autorisations, délivrées par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ont pour but de garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité pour toutes les personnes atteintes d'un cancer sur l'ensemble du territoire, en réponse aux mesures du plan Cancer 2003-2007.

Trois des six spécialités chirurgicales soumises à autorisation ont été étudiées<sup>6</sup> : les pathologies mammaires, les pathologies digestives et les pathologies urologiques. Ainsi, pour les cancers du sein, on dénombre 461 établissements sur l'ensemble du champ qui pourraient recevoir une autorisation s'ils en faisaient la demande. Parmi ces établissements figurent les 20 CLCC, 25 des 29 centres hospitaliers régionaux (CHR), environ 120 centres hospitaliers (CH) et des cliniques privées pour plus de la moitié d'entre eux. Pour les pathologies digestives, 574 établissements satisfont au critère de 30 interventions minimum sur un an. Dans ce groupe d'établissement, on retrouve 14 CLCC, la totalité des CHR, près de 180 CH, environ 300 cliniques et enfin une cinquantaine d'établissements privés à but non lucratif. En 2006, sur les 398 établissements qui ont une activité suffisante pour prétendre à une autorisation pour les pathologies urologiques, un peu plus de 250 sont des cliniques privées, environ 70 des centres hospitaliers et une quarantaine des établissements du secteur privé à but non lucratif, dont 4 CLCC. Tous les CHR réalisent au moins 30 interventions chirurgicales pour ce type de cancer.

6. Exploitations réalisées à partir du PMSI-MCO 2006

## Pour en savoir plus

- Audric S., Buisson G. et Haury B., 2005, La spécialisation des établissements de santé en 2002, *Études et Résultats*, DREES, n° 374, février.
- Arnault S., Fizzala A., Leroux I. et Lombardo P., 2007, L'activité des établissements de santé en 2006 en hospitalisation complète et partielle, *Études et résultats*, DREES n° 618, décembre.
- Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2006, à paraître, Paris : DREES