

PANORAMAS DE LA

DREES
SANTÉ

Les établissements de santé

ÉDITION 2019



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

PANORAMAS
WAS
RA
O
A
A

Les établissements de santé

ÉDITION 2019

FRANCO-RAVANS

Les établissements de santé - édition 2019

Sous la direction de **Fabien Toutlemonde**

Coordination

Bénédicte Boisguérin

Rédaction

Alice Bergonzoni, Bénédicte Boisguérin, Naila Boussaïd, Hélène Chaput, Athémane Dahmouh, Aurélie Delaporte, Gaëlle Gateaud, Candice Legris, Sandrine Morin, Anne Pla, Christine de Peretti, Tom Seimandi, Fabien Toutlemonde, Raphaël Trémoulu, Annick Vilain, Albert Vuagnat, Engin Yilmaz

Directeur de la publication

Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Suivi éditorial

Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction

Fabienne Brifault

Maquettiste

NDBD

Création graphique

Philippe Brulin

Avant-propos

Les établissements de santé propose, chaque année, une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. L'édition 2019 présente les données de l'année 2017, relatives à la France métropolitaine et aux départements et régions d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe¹, Guyane, La Réunion et Mayotte).

Cet ouvrage fournit les chiffres clés sur l'activité et les capacités des structures hospitalières, ainsi que sur les personnels et leur rémunération. Il offre une analyse plus détaillée d'activités spécifiques comme la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation ou encore la médecine d'urgence. Il présente également des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ainsi que des éléments de cadrage économique et financier. Ces informations sont présentées de manière pédagogique à travers 33 fiches thématiques et synthétiques, accompagnées de tableaux, de cartes, de graphiques et d'annexes. Les principales définitions nécessaires à la compréhension du texte et les références bibliographiques les plus pertinentes sont intégrées dans chacune des fiches.

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

¹. Y compris deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy qui totalisent 87 lits d'hospitalisation complète et sont gérés par l'agence régionale de santé de Guadeloupe (présents historiquement dans la statistique annuelle des établissements de santé).

Sommaire

Les établissements de santé – édition 2019

Vue d'ensemble	8
Fiches thématiques	17
Données de cadrage	19
Fiche 01 • Les grandes catégories d'établissements de santé	20
Fiche 02 • Les capacités d'accueil à l'hôpital	22
Fiche 03 • L'activité en hospitalisation complète et partielle	27
Fiche 04 • Les autres prises en charge hospitalières	32
Fiche 05 • Emplois médicaux : médecins, odontologues, pharmaciens, internes et sages-femmes	36
Fiche 06 • Personnels non médicaux salariés	42
Fiche 07 • Les salaires dans le secteur hospitalier public en 2016	46
Fiche 08 • Les établissements de santé dans les départements et régions d'outre-mer : activité et capacités d'accueil	50
Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie	55
Fiche 09 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités	56
Fiche 10 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle	60
Fiche 11 • Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : principaux motifs de recours	63
Fiche 12 • La spécialisation en médecine	66
Fiche 13 • La spécialisation en chirurgie	70
Fiche 14 • La spécialisation en obstétrique	74
Les plateaux techniques	77
Fiche 15 • Les équipements chirurgicaux et d'anesthésie	78
Fiche 16 • L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif	81
Les autres disciplines hospitalières	85
Fiche 17 • L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé	86
Fiche 18 • Les patients suivis en psychiatrie	92
Fiche 19 • Les établissements d'hospitalisation à domicile	97
Fiche 20 • Les patients hospitalisés à domicile	102

Fiche 21 • Les établissements de soins de suite et de réadaptation	107
Fiche 22 • La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation.....	112
Fiche 23 • Les parcours de soins hospitaliers.....	117
Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière	121
Fiche 24 • La naissance : les maternités.....	122
Fiche 25 • Les naissances : caractéristiques des accouchements	126
Fiche 26 • La médecine d'urgence.....	130
Fiche 27 • Les interruptions volontaires de grossesse	134
Fiche 28 • La qualité des soins et la sécurité du patient dans les établissements de santé	138
La situation économique du secteur	145
Fiche 29 • Les médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus	146
Fiche 30 • La part des établissements de santé dans la consommation de soins	150
Fiche 31 • La situation économique et financière des cliniques privées	154
Fiche 32 • La situation économique et financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif.....	159
Fiche 33 • La situation économique et financière des hôpitaux publics.....	163

Annexes

169

Annexe 1 • Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé	170
Annexe 2 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé.....	183
Annexe 3 • Glossaire.....	191



Vue d'ensemble ◀

Fiches thématiques

Annexes

Le secteur hospitalier français est composé de 1 364 établissements publics, 1 002 cliniques privées et 680 établissements privés à but non lucratif. L'augmentation du nombre de prises en charge hospitalières se poursuit dans toutes les disciplines, sous l'effet du vieillissement de la population et de la hausse du nombre de patients atteints de maladie chroniques ou de polyopathologies. Si le nombre de séjours en hospitalisation complète se replie légèrement (-0,8 %), les alternatives à cette forme de prise en charge continuent de progresser. Les hospitalisations partielles (moins de un jour) représentent ainsi 13,4 % des journées en 2017 (hors soins de longue durée). Le recours aux urgences poursuit également sa hausse, à un rythme stable depuis vingt et un ans (3,5 % par an).

Le nombre d'établissements de santé diminue progressivement

Au 31 décembre 2017, le secteur hospitalier français est constitué de 3 046 structures disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (donc sans nuitée, comptées en places)¹. Ces structures hospitalières peuvent être de nature et de taille très différentes.

Parmi les 1 364 entités géographiques du secteur public, quatre types d'établissements coexistent : 178 centres hospitaliers régionaux (CHR) ; 947 centres hospitaliers (CH, y compris les ex-hôpitaux locaux), 95 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) ; enfin, 144 autres établissements publics correspondent majoritairement à des unités de soins de longue durée (USLD).

Parmi les structures hospitalières privées, 1 002 cliniques privées à but lucratif cohabitent avec 680 établissements privés à but non lucratif, dont 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Entre 2013 et 2017, le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé à but non lucratif a diminué régulièrement (-126 entités géographiques en quatre ans), sous l'effet des réorganisations et restructurations. Cette diminution a concerné principalement les établissements de soins de longue durée (SLD), ainsi que d'anciens hôpitaux locaux.

Le nombre d'entités géographiques de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a également reculé depuis 2013, mais de manière plus limitée (-20 entités géographiques en quatre ans) : si le nombre d'établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires a baissé de façon importante (-34 entités), le nombre de cliniques privées de soins de suite et de réadaptation (SSR) a progressé (+16 entités).

Les capacités d'hospitalisation à temps partiel progressent plus lentement qu'avant en MCO

Depuis plus d'une décennie, l'organisation de l'offre de soins évolue : la diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein s'accompagne d'une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel, tandis que les disparités régionales se réduisent progressivement. En 2017, les établissements de santé comptent 400 000 lits d'hospitalisation à temps complet, soit 69 000 lits de moins qu'en 2003. En court séjour (MCO), ces évolutions ont été rendues possibles par des innovations en matière de technologies médicales et de traitements médicamenteux (notamment en anesthésie) qui permettent d'effectuer en toute sécurité un nombre croissant d'interventions en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation avec nuitées. Ce mouvement,

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



qualifié de « virage ambulatoire », traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

La fermeture de ces lits de court séjour s'est effectuée à un rythme assez régulier (-30 000 lits en 14 ans), mais ce sont surtout les capacités d'accueil des unités de soins de longue durée (USLD) qui ont fortement diminué, passant de 80 000 lits en 2003 à 32 000 en 2017, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

En revanche, les capacités en moyen séjour (SSR) ont progressé, le nombre de lits étant passé de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2017. La psychiatrie fait également exception : le nombre total de lits a diminué de 3 500 entre 2003 et 2007, mais il se maintient autour de 57 000 depuis 2007, les alternatives à l'hospitalisation ayant été développées dès les années 1970.

En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 75 000 places en 2017, contre 49 000 en 2003. Le nombre de places progresse toutefois plus lentement depuis 2013. C'est notamment le cas en MCO, qui rassemble 43 % des places offertes en 2017, dont la progression de 14 000 places est concentrée entre 2003 et 2013. Depuis 2013, le nombre de places en MCO n'a que très légèrement progressé (+1,5 %). En psychiatrie, le recours à l'hospitalisation partielle est plus ancien, si bien que le nombre de places a connu

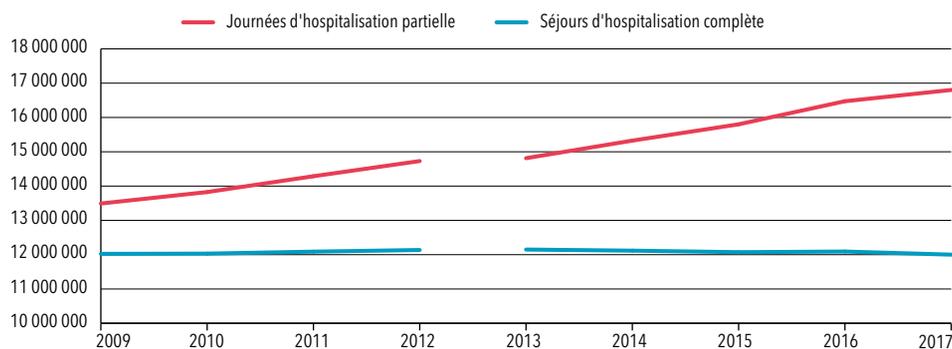
une progression plus modeste dans les années 2000 (+3 000 places, soit une hausse moyenne proche de 1,0 % par an) et se stabilise également ces dernières années. En SSR, en revanche, où les capacités d'accueil en hospitalisation partielle ont plus que doublé depuis 2003 (+8 000 places), cette progression se poursuit, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle.

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

Les séjours sans nuitée à l'hôpital sont majoritaires et progressent

En 2017, le secteur hospitalier a pris en charge 12,0 millions de séjours en hospitalisation complète et 16,8 millions de journées en hospitalisation partielle. L'augmentation du nombre de prises en charge se poursuit, sous l'effet du vieillissement de la population. L'hospitalisation partielle poursuit sa progression, notamment en court et moyen séjour, où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. Depuis plus de dix ans, le nombre de séjours en hospitalisation complète, hors USLD, est en revanche globalement stable (*graphique 1*).

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



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

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

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

Sources > DREES, SAE 2009-2017, ATIH, PMSI-MCO et SSR, traitements DREES.

En fonction du mode de prise en charge, la répartition des séjours par grandes disciplines médicales varie fortement. En hospitalisation complète, l'activité de MCO concerne 86 % des prises en charge, celle de SSR 9 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée représentent désormais une part négligeable de l'activité. En hospitalisation partielle, les soins de MCO représentent 46 % des journées, ceux de SSR 25 % et ceux de psychiatrie 30 %. Dans ce dernier secteur, la prise en charge ambulatoire s'est fortement développée : 80 % des patients reçus au moins une fois en psychiatrie dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme. En 2017, plus de 21 millions d'actes ont été réalisés en ambulatoire, notamment dans les 3 800 unités de consultation et centres médico-psychologiques (CMP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire.

Les alternatives à l'hospitalisation classique continuent de se développer

À ces prises en charge s'ajoutent 13,4 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, en augmentation de 2,5 % par rapport à 2016. La grande majorité de ces séances sont réalisées en ambulatoire (2,7 millions de séances de chimiothérapie ambulatoire, 6,8 millions de séances de dialyse et 3,9 millions de séances de radiothérapie).

Parmi les alternatives à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) continue de se développer, à un rythme toutefois ralenti par rapport à celui observé à la fin des années 2000. En 2017, 199 200 séjours en HAD ont été réalisés pour 5,2 millions de journées (soit 5,1 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour). Les 300 établissements d'HAD recensés en France sont en mesure de prendre en charge simultanément 17 500 patients.

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

En 2017, le taux d'occupation des lits est de 82,7 %. C'est en MCO qu'il est le plus faible (77,3 % en 2017) et en soins de longue durée qu'il est plus élevé (94,7 %). Le taux d'occupation s'établit à

88,4 % pour la psychiatrie et à 86,6 % pour le SSR. Ces différences sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour entre les disciplines². Entre 2013 et 2017, les taux d'occupation sont restés globalement stables dans toutes les disciplines. Le taux d'occupation des lits n'est pas identique pour tous les statuts juridiques d'établissement. En SSR et en psychiatrie, il est nettement plus élevé dans les établissements privés à but lucratif que dans le secteur public ou privé à but non lucratif. À l'inverse, en MCO, le taux d'occupation des lits des cliniques privées est inférieur de plus de 20 points à celui des hôpitaux publics.

Les établissements publics assurent les prises en charge les plus complexes

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

Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans le secteur public, tandis que les cliniques privées réalisent la moitié de leur activité en chirurgie. Les établissements privés à but non lucratif sont dans une position intermédiaire. Leur activité de médecine est proportionnellement plus faible que dans le public, mais plus forte que dans le privé à but lucratif, et leur activité de chirurgie est concentrée sur la chirurgie du cancer, notamment dans les CLCC. Malgré la prédominance du secteur privé à but lucratif dans l'activité chirurgicale, la moitié seulement des 7 300 salles d'intervention chirurgicale existant en France en 2017 se situent dans des cliniques privées. Ces dernières pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics, notamment parce que plus de la moitié de leur activité chirurgicale est réalisée

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



en ambulatoire, ce qui suppose une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés.

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

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

En 2017, les 713 structures des urgences françaises ont pris en charge 21,4 millions de passages (20,7 millions pour la France métropolitaine, hors service de santé des armées [SSA]), soit 2,1 % de plus qu'en 2016. Cette progression prolonge la tendance observée depuis vingt ans. En 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait en effet à 10,1 millions pour la France métropolitaine (hors SSA). Il a augmenté ensuite, régulièrement, de 3,5 % par an en moyenne. Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 30 100 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (26 700 passages en moyenne par an, contre 30 600). 18 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (considéré dans sa globalité), une part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010.

Les petites unités sont les plus nombreuses : 20 % des unités d'urgences prennent en charge moins de 15 000 passages par an et 61 % d'entre elles, moins de 30 000. À l'opposé, 23 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 45 % de l'ensemble des passages.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 101 services d'aide médicale urgente (Samu) et

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

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

En 2017, 12,7 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour 71 % d'entre eux, l'hospitalisation constitue un épisode unique au cours de l'année, pouvant correspondre à un seul séjour ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour (MCO), puis en moyen séjour (SSR) pour de la rééducation. La prise en charge s'est effectuée exclusivement en court séjour pour 88,6 % des patients, exclusivement en moyen séjour pour 1,1 %, exclusivement en HAD pour 0,1 % et exclusivement en psychiatrie pour 1,9 % d'entre eux. Un million de patients (8,3 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires en 2017.

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

Au 31 décembre 2017, 502 maternités sont recensées en France métropolitaine et dans les DOM (519 en 2016) : 202 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 233 de type 2 (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatalogie) et 67 de type 3 (possédant en plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 15 900 lits d'obstétrique et ont réalisé 756 000 accouchements³.

Les maternités de types 2 ou 3 sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (78 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 75 % des lits et 79 % des accouchements, contre 43 % en 1996. Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2017, contre la moitié en 2002.

3. Non compris les accouchements hors établissements et transférés en service d'obstétrique (environ 4 000 en 2017).

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

En 2017, 216 700 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France : 168 600 ont été pratiquées dans un établissement de santé, dont 85 % à l'hôpital public. 4 500 IVG ont été réalisées en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009, et 43 600 sont des IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 14,9. Il s'établit à 14,4 en métropole et varie du simple au double d'un département à l'autre, de 8,9 IVG dans les Deux-Sèvres à 23,6 en Ariège. L'Île-de-France et le Sud-Est se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne. Dans les DROM, en 2017, les taux de recours restent largement supérieurs à ceux observés en métropole. Ils s'élèvent à 21 IVG pour 1 000 femmes à La Réunion, 26 à Mayotte ou à la Martinique, 33 en Guyane, et 34 en Guadeloupe.

Les hôpitaux publics concentrent 73 % des emplois hospitaliers

Fin 2017, 1,3 million d'emplois hospitaliers⁴, salariés ou non, sont dénombrés dans les établissements de santé (tableau 1), dont 73 % relèvent des hôpitaux publics. Le reste de ces emplois se répartit entre les cliniques privées (15 %) et les établissements de santé privés à but non lucratif (12 %).

Le nombre d'emplois médicaux, y compris internes et FFI mais hors sages-femmes, de l'ensemble des établissements de santé s'établit fin 2017 à 192 000 (soit 15 % de l'ensemble des emplois hospitaliers). Ils se répartissent en 116 000 salariés, 42 000 praticiens libéraux et 34 000 internes et assimilés. 68 % de ces emplois sont concentrés dans les hôpitaux publics. Fin 2017, les sages-femmes représentent 17 000 emplois, principalement dans les établissements publics.

Les personnels non médicaux comptent pour 1,1 million d'emplois, soit 84 % de l'ensemble des emplois hospitaliers. Ces effectifs comprennent notamment 762 000 emplois de personnels soignants (dont 343 000 infirmiers et 245 000 aides-soignants) et 148 000 emplois de personnels administratifs. Les trois quarts de ces emplois non médicaux relèvent des hôpitaux publics, le quart restant se répartissant à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées.

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

Avec 92,8 milliards d'euros de dépenses en 2017, financées à 91,6 % par l'Assurance maladie, le secteur hospitalier⁵ représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (46,6 %) et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 71,5 milliards d'euros pour le secteur public (qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif)⁶ et à 21,4 milliards pour le secteur privé hospitalier (qui comprend principalement les cliniques privées à but lucratif).

La situation financière des établissements privés continue de s'améliorer

En 2017, la rentabilité des cliniques privées s'établit à 3,5 % du chiffre d'affaires, en baisse de 0,2 point par rapport à 2016 qui marquait le plus haut niveau atteint depuis 2006. Le taux d'endettement des cliniques privées continue de diminuer en 2017, pour atteindre un niveau historiquement bas de 33,3 % des capitaux permanents, tandis que le taux d'investissement, pour sa part, poursuit sa reprise entamée en 2014 pour atteindre 4,8 % du chiffre d'affaires.

Du côté des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), anciennement sous dotation

4. Il s'agit ici du nombre d'emplois rémunérés au 31 décembre 2017 par les établissements de santé, hors élèves encore en formation, et non d'effectifs en personnes physiques : des doubles comptes existent pour les personnels rémunérés par plusieurs établissements.

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

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



globale, leurs comptes financiers continuent de s'améliorer pour devenir excédentaires en 2017, et ce pour la première fois depuis 2008 (40 millions d'euros). La proportion d'Espic déficitaires poursuit son recul à 31 % en 2017, après 38 % en 2016. Cette amélioration concerne particulièrement les CLCC (22 % sont déficitaires, après 39 % en 2016). La situation excédentaire des Espic favorise leur désendettement (de 47 % des ressources stables en 2012 à 42,9 % en 2017). Parallèlement, leur effort d'investissement s'est stabilisé entre 2014 et 2016, un peu en deçà de 6 % des ressources. En 2017, il recule légèrement et s'établit à 5,3 % des recettes (5,7 % en 2016).

Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent de nouveau en 2017

En 2017, la situation financière des hôpitaux publics se dégrade de nouveau : le déficit total

du résultat net atteint 743 millions d'euros en 2017 (après 188 millions en 2016). Leur rentabilité nette suit le même mouvement et s'établit à -1,1 %, son plus bas niveau depuis 2002. Le taux d'investissement continue de se replier, après plusieurs années d'investissement soutenu par les plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Il atteint 5,7 % en 2017, son plus bas niveau observé depuis 2002.

La diminution continue de l'effort d'investissement favorise la modération de l'encours de la dette des hôpitaux publics. Celle-ci se stabilise à 29,8 milliards d'euros en 2017, comme en 2016. L'encours de la dette représente 42,7 % du chiffre d'affaires en 2017, contre 43,5 % en 2016. Le taux d'endettement des hôpitaux publics connaît toutefois une nouvelle hausse de 0,1 point pour atteindre 51,6 % des ressources en 2017, du fait d'une nouvelle réduction des capitaux propres. ■

Tableau 1 Les emplois médicaux dans les établissements de santé au 31 décembre 2017

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Emplois¹ médicaux hors sage-femmes	130 638	21 031	40 546	192 215
Médecins, odontologistes et pharmaciens	99 106	18 695	40 312	158 113
dont salariés	97 195	14 150	5 197	116 542
dont libéraux	1 911	4 545	35 115	41 571
Internes et faisant fonction d'internes (FFI)	31 532	2 336	234	34 102
Emplois¹ de sages-femmes	12 769	1 262	2 626	16 657
Emplois¹ non médicaux	812 157	141 416	149 592	1 103 165
dont personnels soignants ²	551 862	95 987	113 850	761 699
dont personnels non soignants ³	260 295	45 429	35 742	341 466
Total des emplois¹	955 564	163 709	192 764	1 312 037

1. Emplois rémunérés au 31 décembre 2017 dans les établissements de santé, hors élèves encore en formation. La SAE peut enregistrer des doubles comptes pour les personnels rémunérés par plusieurs établissements : ce concept d'emploi est donc différent de celui des effectifs en personnes physiques.

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

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

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.



Vue d'ensemble
Fiches thématiques ◀
Annexes

Données de cadrage

En France métropolitaine et dans les DROM, 3046 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offrent 400 000 lits d'hospitalisation complète et 75 000 places d'hospitalisation partielle. Ces structures diffèrent par leur statut juridique, leur taille et leurs missions.

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

3046 structures hospitalières offrent 400 000 lits et 75 000 places

Au 31 décembre 2017, 3046 structures hospitalières disposent de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (comptées en places) en France métropolitaine et dans les DROM, y compris le service de santé des armées (SSA) [tableau 1]. Ces structures hospitalières peuvent être de taille et de nature très différentes. Au total, elles offrent une capacité d'accueil de 400 000 lits et 75 000 places (voir fiche 02, « Les capacités d'accueil à l'hôpital »). De plus, certains établissements autorisés dispensent des soins (comptés en séances) sans détenir de capacités d'accueil. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. En 2017, 111 entités juridiques de dialyse de ce type sont dénombrées, auxquelles sont rattachées 650 antennes.

Les structures hospitalières peuvent former des groupements de coopération sanitaire (GCS) pour mutualiser des moyens ou une partie de leur activité. Ces groupements peuvent eux-mêmes être érigés en établissements de santé (publics ou privés) s'ils sont titulaires d'autorisations d'activités de

soins (voir annexe 01, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »). Enfin, la loi de modernisation de notre système de santé (2016) a introduit les groupements hospitaliers de territoire (GHT), nouveau mode de coopération à l'échelle d'un territoire entre les 891 entités juridiques publiques de santé. Au 1^{er} juillet 2016, ces dernières ont dû se rattacher à l'un des 135 GHT pour élaborer un projet médical partagé, mutualiser certaines fonctions et définir une organisation commune des activités médico-techniques durant l'année 2017 (voir annexe 01, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »).

Le nombre d'établissements recensés en 2017 correspond au nombre d'entités géographiques pour le secteur public comme pour le secteur privé, alors que dans les éditions 2014 et antérieures, le nombre indiqué pour le secteur public correspondait au nombre d'entités juridiques. N'apparaissent pas dans ce décompte certains établissements qui ne sont pas directement interrogés par l'enquête Statistique annuelle des établissements (SAE)¹. Toutefois leur capacité en lits ou en places ainsi que leur activité d'hospitalisation à temps partiel ou à temps complet sont comptabilisées.

Entre 2013 et 2017, le nombre d'entités de statut public ou privé à but non lucratif a diminué régulièrement (-126 entités géographiques en quatre ans), sous l'effet des réorganisations et restructurations. Cette diminution a concerné principalement les établissements de soins de longue durée, ainsi que d'anciens hôpitaux locaux. Ces mouvements tiennent à de nombreux facteurs, liés aussi bien à

1. Certains établissements de santé mentale tels que les centres médico-psychologiques, les centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), les hôpitaux de jour, certaines cliniques de santé mentale ainsi que les unités de soins de longue durée ne sont pas directement interrogés par la SAE. Dans ce cas, un établissement principal désigné répond pour lui-même et pour les établissements non interrogés.

la rationalisation de la prise en charge qu'à l'amélioration de sa qualité. Le nombre d'entités de statut privé à but lucratif (cliniques privées) a également reculé depuis 2013, mais de manière plus limitée (-20 entités en quatre ans) : si le nombre d'établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires a connu une baisse importante (-34 entités), le nombre de cliniques privées de SSR a progressé (+16 entités).

Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 1 364 établissements publics coexistent trois types d'établissements, qui se différencient

selon leurs missions : 178 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR) dispensent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; 947 centres hospitaliers (y compris les ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie des prises en charge de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), ainsi que la prise en charge et les soins pour les personnes âgées ; 95 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie (tableau 1). Enfin, les 144 autres établissements publics correspondent

Tableau 1 Nombre d'entités et capacités d'hospitalisation des établissements de santé par catégorie d'établissement en 2013 et 2017

	Entités		Nombre de lits		Nombre de places	
	2013	2017	2013	2017	2013	2017
Secteur public	1 458	1 364	256 957	246 395	41 794	42 385
CHR/CHU	183	178	73 656	71 082	9 808	10 510
CH, hors anciens hôpitaux locaux	721	716	134 776	132 804	16 715	17 041
CH, anciens hôpitaux locaux	261	231	10 631	9 555	175	53
CH spécialisés en psychiatrie	98	95	25 904	23 944	14 648	14 331
Établissements de SLD	174	127	8 935	7 050	0	0
Autres établissements publics	21	17	3 055	1 960	448	450
Secteur privé non lucratif	712	680	58 241	56 482	12 903	13 882
CLCC ¹	21	21	2 887	2 732	891	671
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	155	143	19 423	18 805	2 573	2 847
Établissements de soins de SSR	366	371	25 367	25 669	4 051	4 652
Établissements de SLD	46	19	2 185	850	0	0
Autres établissements à but non lucratif	124	126	8 379	8 426	5 388	5 712
Secteur privé à but lucratif	1 022	1 002	98 008	96 988	17 245	19 185
Établissements de SCD ou pluridisciplinaires	532	498	58 105	53 629	13 387	13 816
Établissements de soins de SSR	334	350	26 954	29 396	2 661	3 597
Établissements de lutte contre les maladies mentales	144	145	12 447	13 568	1 197	1 687
Établissements de SLD	12	7	502	377	0	50
Autres	0	2	0	18	0	35
Ensemble	3 192	3 046	413 206	399 865	71 942	75 452

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

1. Les trois sites de l'Institut de cancérologie de l'Ouest et les deux sites de l'Institut Curie sont comptés chacun comme une entité.

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

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

Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel, y compris les anciens hôpitaux locaux. Les centres de dialyse et de radiothérapie ne sont pas comptabilisés.

Sources > DREES, SAE 2013 et 2017, traitements DREES.

majoritairement à des établissements de soins de longue durée.

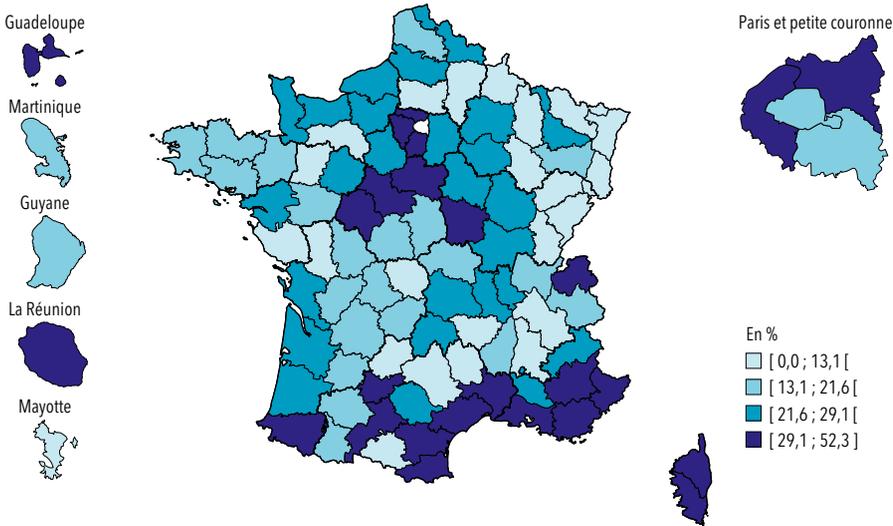
Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les établissements privés à but lucratif, au nombre de 1 002, et les établissements privés à but non lucratif. Ces derniers regroupent les 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC) ainsi que 659 autres établissements privés à but non lucratif (voir rubrique Champ, dans l'encadré Sources et méthodes).

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

Au niveau national, les établissements de santé publics concentrent 61 % des lits et des places, les établissements privés à but non lucratif 15 % et les cliniques privées à but lucratif 24 %. Cette répartition

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

Carte 1 Part du secteur privé à but lucratif dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle en 2017



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

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

Source

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

Définitions

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

> **Entité géographique (EG)** : elle correspond en général au site de production, mais aussi éventuellement au site porteur du budget. Chaque EG dépend d'une unique entité juridique et une même entité juridique peut donner lieu à plusieurs EG à condition qu'elles aient des implantations géographiques ou des budgets différents.

> **Entité juridique (EJ)** : elle correspond à la définition de l'entité institutionnelle de la comptabilité publique. Elle possède un conseil d'administration ou un conseil de surveillance, une direction, et elle est maîtresse de sa décision. Elle exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine. L'EJ peut regrouper plusieurs entités géographiques, notamment dans le secteur public. C'est le cas par exemple de l'entité juridique Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui regroupe plusieurs entités géographiques sur différents sites parfois relativement éloignés. Dans le secteur privé, l'EJ représente la société d'exploitation (particulier ou société) et reste encore très souvent rattachée à une seule entité géographique, malgré le développement de regroupements.

Pour en savoir plus

> **Bras, P.-L., Pouvourville (de), G. et Tabuteau, D.** (dir.) (2009). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, France : Les Presses de Sciences Po / Éditions de Santé.

> **Kervasdoué (de), J.** (2015). *L'Hôpital*. Paris, France : PUF, coll. Que sais-je ? 5^e édition.

En 2017, 400 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, y compris le service de santé des armées (SSA), soit une diminution de 69 000 lits d'hospitalisation depuis 2003. En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 75 000 places en 2017, soit une hausse de 26 000 places durant la même période.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 2003 et 2017, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 400 000, service de santé des armées (SSA) et établissements de Mayotte compris (*graphique 1*). Ce mouvement général résulte de la volonté de supprimer des lits excédentaires et de réorganiser l'offre. Il traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge, qui se tournent de plus en plus vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet. La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et concerne la quasi-totalité des disciplines, à l'exception des soins de suite et de réadaptation (SSR).

Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) a ainsi diminué tout au long de la période (-30 000 lits en 14 ans). Ce sont surtout les capacités d'accueil en long séjour qui ont subi une forte baisse, passant de 80 000 lits en 2003 à 32 000 lits en 2017, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cette baisse résulte de l'application de la circulaire de novembre 2008 relative à la partition des unités de soins de longue durée (USLD)¹. Elle a été particulièrement forte en 2009 et 2010, mais depuis 2012, le nombre de lits se maintient autour de 32 000.

En psychiatrie, dès les années 1970, les alternatives à l'hospitalisation ont été développées. Entre 2003

et 2017, le nombre total de lits en psychiatrie a diminué de 3 500, tout en se maintenant autour de 57 000 depuis 2007. Cette évolution est cependant contrastée selon le statut des établissements. Dans les établissements publics, la diminution est de 6 000 lits, alors que dans le même temps la capacité d'accueil des établissements privés à but lucratif augmentait de 3 000 lits, pour représenter en 2017 un quart de la capacité totale.

De leur côté, les capacités en moyen séjour (SSR) progressent régulièrement, le nombre de lits étant passé de 92 000 en 2003 à 106 000 en 2017 (*graphique 1*). Cette progression a été particulièrement forte dans les établissements privés à but lucratif (+12 000 lits depuis 2003). Leurs capacités d'accueil représentent un tiers de la capacité totale en 2017.

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

Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie, ont transformé les modes de prise en charge en faveur de l'hospitalisation à temps partiel. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) sont depuis effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet. Entre 2003 et 2013, 14 000 places d'hospitalisation à temps partiel en MCO ont été créées, venant compléter les 18 000 places existantes (*graphique 2*).

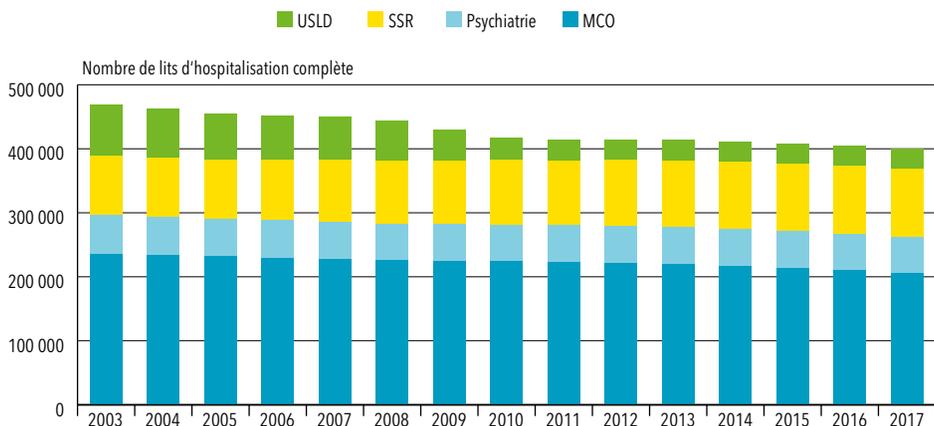
1. Circulaire DHOS/02/F2/DGAS/2C/CNSA n° 2008/340 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006, modifiée concernant les USLD.

Depuis 2013, le nombre de places en MCO n'a que très légèrement progressé (+1,5 %).

En psychiatrie, le nombre de places augmente lentement mais régulièrement depuis 2003 (+3 000 places, soit une hausse moyenne proche de 1 %

par an). En moyen séjour, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, la progression de l'hospitalisation à temps partiel est plus rapide : 8 000 places ont été créées en 14 ans, soit un doublement des capacités.

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

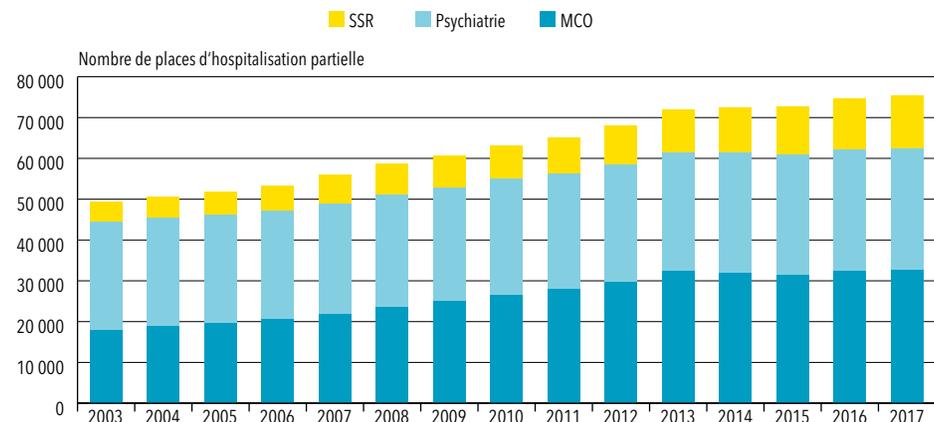


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée.

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

Sources > DREES, SAE 2003-2017, traitements DREES.

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



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

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

Sources > DREES, SAE 2003-2017, traitements DREES.

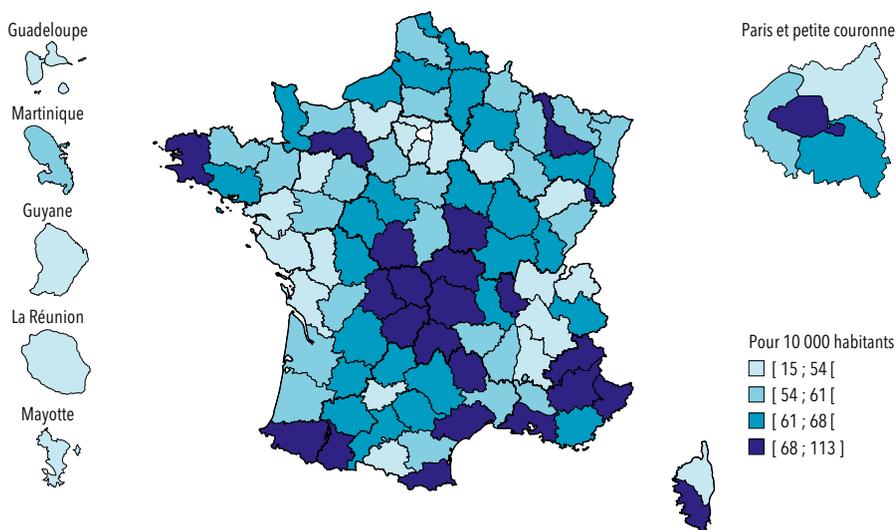
La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. En 2017, 40 % des places d'hospitalisation à temps partiel en MCO relèvent des cliniques privées à but lucratif. Cette proportion atteint 62 % pour la chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif regroupent 40 % des capacités d'hospitalisation à temps partiel en moyen séjour et 18 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 76 % des places en psychiatrie et 51 % des places en court séjour, avec un poids prépondérant dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique.

Des disparités départementales persistantes

Toutes disciplines confondues, le nombre de lits (hospitalisation complète) pour 10 000 habitants

varie de 14,5 à Mayotte, à 95 ou plus dans les Hautes-Alpes, le Cantal et la Lozère (carte 1). Cette hiérarchie n'est pas modifiée par la prise en compte ou non des soins de longue durée. Le nombre de places en hospitalisation partielle pour 10 000 habitants varie de 2 à Mayotte, à 18 en Haute-Vienne et 21 à Paris (carte 2). Le Limousin et l'Auvergne se distinguent par une forte densité de lits comme de places. À l'opposé, Mayotte et la Guyane sont sous-dotées pour les deux types d'accueils. L'ampleur des disparités de nombre de lits et de places entre départements diffère selon la discipline : elle est plus faible en court séjour (coefficient de variation [CV] de 23 %, hors Mayotte) qu'en psychiatrie ou en moyen séjour (CV de 28 % et de 38 %, hors Mayotte). ■

Carte 1 Densité de lits en 2017 par départements

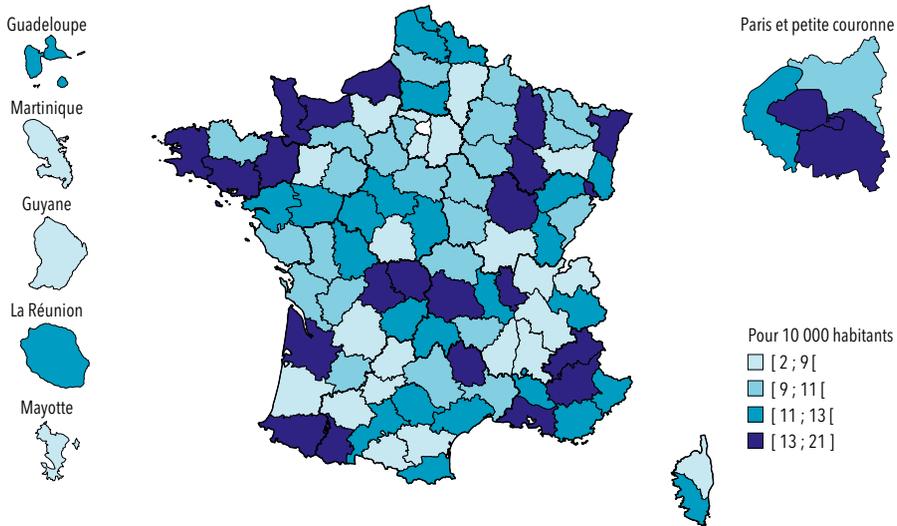


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR) et soins de longue durée.

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

Carte 2 Densité de places en 2017 par départements

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles

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

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

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

Source

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

Définitions

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

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

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





> **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en nombre de places pour l'hospitalisation partielle (celui-ci correspond au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et des places installés au 31 décembre 2017, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades. Ceux fermés temporairement pour cause de travaux sont inclus. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou de places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés intégralement.

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

En France métropolitaine et dans les DROM, le secteur hospitalier a pris en charge, en 2017, 12,0 millions de séjours en hospitalisation complète et 16,8 millions de journées en hospitalisation partielle. Cette dernière continue de progresser, notamment en court et moyen séjour, où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. Le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue, lui, légèrement en 2017. Les portefeuilles d'activités des établissements de santé par modes de prise en charge et par grandes disciplines font apparaître leur spécialisation : les soins de longue durée et la psychiatrie sont, par exemple, essentiellement accueillis par les établissements publics.

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

Au cours de l'année 2017, les établissements de santé ont pris en charge 12,0 millions de séjours en hospitalisation à temps complet et 16,8 millions de journées en hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuitée) [tableau 1]. La répartition des séjours selon les grandes disciplines médicales varie fortement en fonction des modes de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, le court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) concerne 86 % des prises en charge¹, le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) 9 % et la psychiatrie 5 %. En hospitalisation à temps partiel, 30 % des journées relèvent de la psychiatrie, secteur où les alternatives à l'hospitalisation ont été développées dans les années 1970. Les soins de courte durée représentent, pour leur part, 46 % des journées et le moyen séjour 24 %.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de séjours en hospitalisation complète diminue, malgré une stabilisation globale ces dernières années, due notamment au vieillissement de la population. Dans le même temps, les prises en charge à temps partiel se sont développées, avec toutefois des disparités selon le statut juridique des établissements de santé et la discipline d'équipement.

En 2017, l'hospitalisation partielle augmente ainsi de 2,0 %, les cliniques privées à but lucratif contribuant

pour plus de 80 % à cette progression. Dans les établissements publics, l'activité partielle se stabilise. La hausse de l'activité partielle atteint 5,6 % en moyen séjour (SSR) et 2,3 % en court séjour (MCO). En revanche, le nombre de journées d'hospitalisation partielle diminue à nouveau en psychiatrie (-1,3 %).

Diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

La diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète se poursuit en 2017 (-0,8 %), à un rythme accéléré en MCO (-1,7 %, après -1,2 % en 2016²). Cette baisse est plus marquée dans le secteur privé à but lucratif (-3,6 %). En psychiatrie, comme en 2016, le nombre de journées d'hospitalisation complète dans les cliniques privées progresse de 1,6 %. Dans les établissements publics, la baisse est de -3,1 %.

L'activité de soins de longue durée, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre de séjours, continue de reculer légèrement en 2017 (-0,5 %), et s'élève à 10,9 millions de journées d'hospitalisation complète. Après une augmentation jusqu'en 2001, l'activité dans cette discipline baisse depuis 15 ans, en raison de la transformation d'un grand nombre d'unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

1. Hors séjours de soins de longue durée.

2. L'évolution 2015-2016 a été modifiée par rapport à celle de l'édition 2018 de cet ouvrage (voir rubrique Méthodologie dans l'encadré Sources et méthodes).

En revanche, dans les établissements de SSR, l'hospitalisation complète continue de progresser (+1,1 %), portée notamment par la forte hausse du nombre de journées dans les cliniques privées.

Stabilité des taux d'occupation des lits d'hospitalisation entre 2013 et 2017

En 2017, le taux d'occupation des lits est de 82,8 % (graphique 1). C'est en MCO qu'il est le plus faible (77,3 % en 2017), et en soins de longue durée qu'il est plus élevé (94,7 %). Le taux d'occupation s'établit à 88,4 % pour la psychiatrie et à 86,6 %

pour le SSR. Ces différences sont notamment liées aux écarts de durée moyenne de séjour entre les disciplines³. Entre 2013 et 2017, les taux d'occupation sont restés globalement stables dans toutes les disciplines. Étudié selon le statut juridique des établissements, le taux d'occupation des lits en SSR et en psychiatrie est nettement plus élevé dans les établissements privés à but lucratif que dans le secteur public ou privé à but non lucratif. À l'inverse, en MCO, le taux d'occupation des lits des cliniques privées est inférieur de plus de 20 points à celui des hôpitaux publics.

Tableau 1 Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2017

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)
Journées en hospitalisation partielle	7 655 752	-0,2	3 166 953	2,1	5 979 172	4,8	16 801 877	2,0
MCO	3 188 715	2,0	673 462	3,1	3 832 869	2,4	7 695 046	2,3
Psychiatrie ¹	3 474 423	-3,1	948 130	0,0	557 007	8,1	4 979 560	-1,3
SSR	992 614	3,2	1 545 361	3,0	1 589 296	10,0	4 127 271	5,6
Séjours en hospitalisation complète²	7 894 117	-0,5	1 200 515	-0,6	2 906 281	-1,6	12 000 913	-0,8
MCO	7 036 539	-0,5	845 094	0,0	2 421 180	-2,4	10 302 813	-0,9
Psychiatrie	425 032	-0,6	71 016	-2,7	126 435	2,1	622 483	-0,3
SSR ³	432 546	-0,2	284 405	-1,7	358 666	2,6	1 075 617	0,3
Journées en hospitalisation complète	76 199 852	-1,2	16 243 479	-0,6	26 932 712	0,0	119 376 043	-0,8
MCO	42 103 242	-1,2	4 611 938	-1,2	10 289 762	-3,6	57 004 942	-1,7
Psychiatrie	11 041 385	-3,1	2 188 319	-1,3	4 838 678	1,6	18 068 382	-1,7
SSR ³	13 269 301	0,4	8 553 617	-0,1	11 591 828	2,8	33 414 746	1,1
SLD	9 785 924	-0,7	889 605	0,4	212 444	4,6	10 887 973	-0,5

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

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

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

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

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

Sources > ATI, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2016-2017, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2016-2017, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

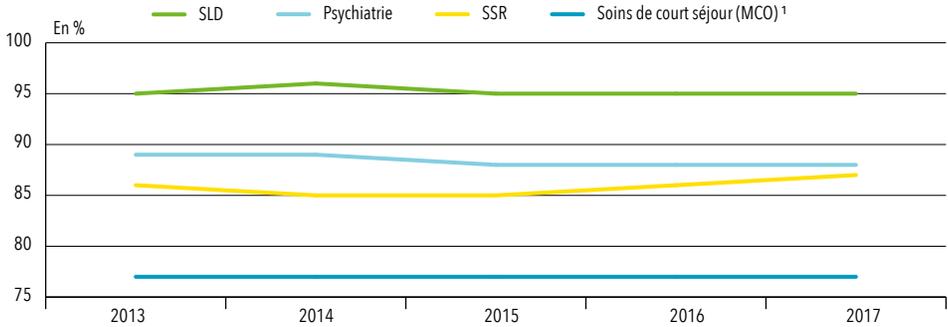
3. En MCO, les séjours d'hospitalisation programmée se déroulent en semaine, ce qui limite de fait le nombre de journées d'hospitalisation le samedi et le dimanche.

Peu de variations entre départements métropolitains

En MCO, le nombre de séjours en hospitalisation complète rapporté à la population s'élève à 12,6 %

dans les DROM et à 15,4 % en métropole (carte 1). Les taux métropolitains les plus bas se situent dans l'Ouest (13 % en Ile-et-Vilaine et en Loire-Atlantique) et dans les départements d'Île-de-France, à

Graphique 1 Évolution du taux d'occupation de 2013 à 2017

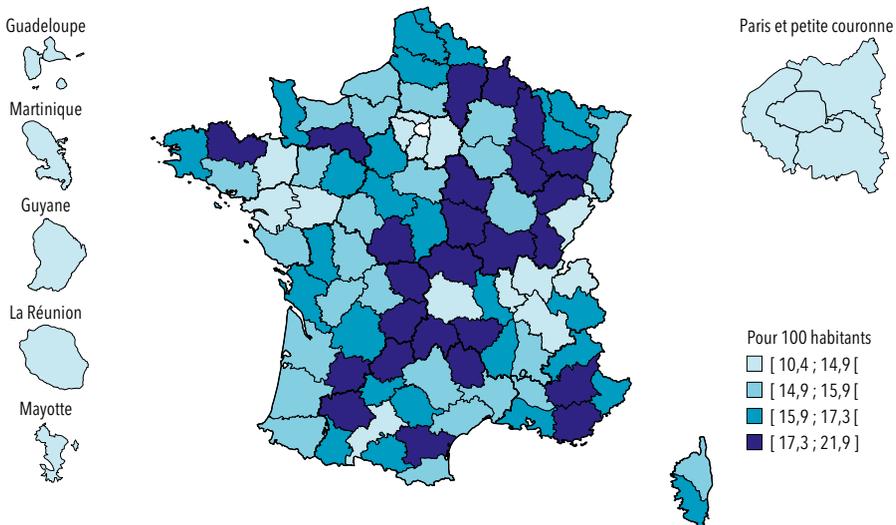


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SLD : soins de longue durée ; SSR : soins de suite et de réadaptation. 1. Taux d'occupation calculé avec le nombre de journées exploitables, pour les autres disciplines le taux est calculé avec la capacité en lits au 31 décembre multipliée par 365.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2016-2017, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2016-2017, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

Carte 1 Nombre de séjours de MCO en hospitalisation complète en 2017



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

l'exception de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne. Ils atteignent 20 % ou plus dans la Creuse, l'Orne, le Cantal, la Haute-Marne, la Meuse et la Nièvre. Dans ces départements, la proportion d'habitants âgés de 60 ans ou plus dépasse 28 %. Or c'est surtout après 65 ans que le taux d'hospitalisation complète en MCO augmente fortement (voir fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle »).

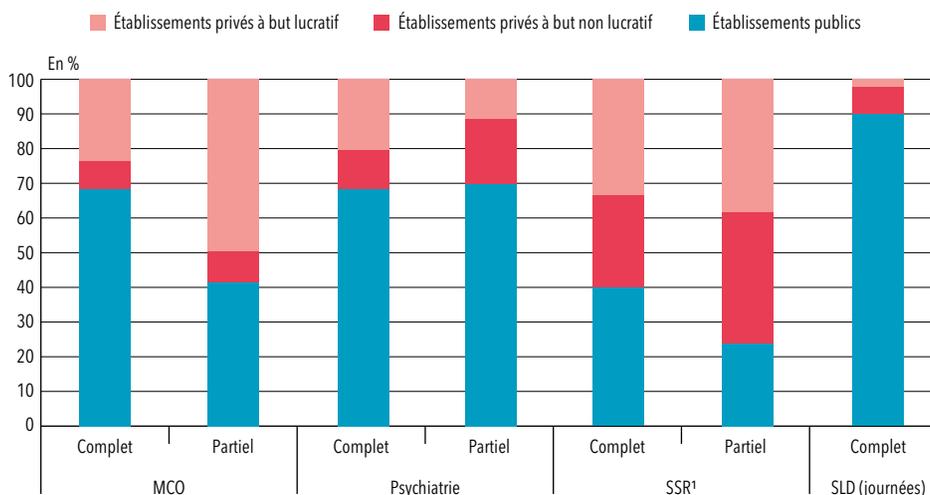
Spécialisation des activités selon le statut des établissements

La structure des activités des établissements de santé, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge, varie sensiblement selon leur statut juridique (graphique 2). Les soins de courte durée (MCO) en hospitalisation complète sont essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques privées. Ces dernières réalisent 50 % des séjours d'hospitalisation partielle en MCO.

Les établissements publics accueillent la majeure partie des séjours psychiatriques, à temps partiel (70 %) comme à temps complet (68 %). En complément, 20 % des séjours à temps complet en psychiatrie sont réalisés dans les cliniques privées à but lucratif, tandis que 19 % des séjours à temps partiel relèvent du secteur privé à but non lucratif.

L'activité de soins de moyen séjour (SSR) est mieux répartie entre les différents types d'établissements : 37 % de journées d'hospitalisation à temps partiel s'effectuent dans les établissements privés à but non lucratif et 39 % dans les cliniques privées. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation sont confirmées et amplifiées par l'analyse de la répartition des activités par pathologies ou par actes médicaux (voir fiches 12 à 14, « La spécialisation en médecine », « La spécialisation en chirurgie », « La spécialisation en obstétrique »). ■

Graphique 2 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle en 2017



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.
1. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Note > On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.

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

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

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2017, en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors séances, y compris le service de santé des armées (SSA). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (0,3 % des séjours).

Sources

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

Méthodologie

La règle de comptabilisation des journées d'hospitalisation complète a changé dans le PMSI-SSR. Le jour de sortie n'est plus comptabilisé pour les séjours ne se terminant pas par un décès ou par une mutation vers un autre service de SSR. Aussi le nombre de journées d'hospitalisation complète pour les années 2013 à 2016 a-t-il été modifié par rapport aux précédentes éditions de cet ouvrage.

Définitions

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

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

En 2017, les établissements de santé ont réalisé 16,8 millions de journées en hospitalisation partielle en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en psychiatrie et en moyen séjour, pour un total d'environ 75 000 places. À ces prises en charge, il faut ajouter 13,4 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, ainsi que 5,2 millions de journées d'hospitalisation à domicile. Près de 260 000 patients bénéficient également de consultations mémoire dans 567 entités. Les unités de soins palliatifs (USP) fournissent 1 765 lits, tandis qu'en dehors de ces unités, 5 200 lits sont identifiés et dédiés à ces soins.

Les alternatives à l'hospitalisation complète continuent de se développer

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

En 2017, 46 % des journées d'hospitalisation partielle sont réalisées en court séjour (dont plus de la moitié en médecine), 30 % en psychiatrie et 25 % en soins de suite et de réadaptation (SSR) [tableau 1]. L'hospitalisation partielle continue de progresser, à un rythme moins soutenu, en court séjour (+2,3 % en 2017, après +6,0 % en 2016) et en SSR (+5,6 % en 2017, après +7,9 % en 2016). Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) assurent également

des prises en charge intermédiaires entre l'établissement de santé et la médecine de ville (voir fiches 19 et 20, « Les établissements d'hospitalisation à domicile » et « Les patients hospitalisés à domicile »).

La hausse des traitements itératifs se poursuit avec 13,4 millions de séances en 2017

En France métropolitaine et dans les DROM, des traitements et des cures ambulatoires sont également comptabilisés, en particulier 2,7 millions de séances de chimiothérapie, 3,9 millions de séances de radiothérapie et 6,8 millions de séances de dialyse (tableau 2). Comme le nombre de journées en hospitalisation partielle, celui des séances progresse régulièrement depuis plusieurs années. En 2017, le nombre total de séances augmente ainsi de 2,5 %.

La grande majorité des séances de radiothérapie sont réalisées en ambulatoire (99 %), principalement dans les cliniques privées. Le secteur public, de son côté, prend en charge 52 % des séances de chimiothérapie. Les 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC) prennent en charge, relativement à leur nombre, une grande partie de l'activité de radiothérapie et de chimiothérapie. Ces établissements ont pratiqué 14 % des séances de chimiothérapie et 21 % de celles de radiothérapie. Enfin, environ 520 000 personnes ont été transfusées (ANSM, 2018). Les autres traitements et cures ambulatoires sont notamment réalisés par du personnel non médical. Ils concernent essentiellement les prises en charge en psychiatrie (psychologues, infirmiers, etc.) et en réadaptation fonctionnelle (kinésithérapeutes, etc.).

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

À la suite du plan Alzheimer 2008-2012, 567 entités déclarent disposer, en 2017, d'une consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de

la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, en France métropolitaine et dans les DROM (tableau 3). Il s'agit, dans 87 % des cas, d'établissements publics (dont 71 % de centres hospitaliers et 12 % de CHR), d'établissements privés à but non

Tableau 1 Activité et capacités pour les alternatives à l'hospitalisation complète en 2017

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Journées en milliers	Places	Journées en milliers	Places	Journées en milliers	Places	Journées en milliers	Places
Hospitalisation partielle en MCO, dont :								
médecine	2 153	10 198	399	1 483	1 910	1 418	4 462	13 099
chirurgie	822	5 285	263	1 719	1 884	11 349	2 969	18 353
gynéco-obstétrique	214	1 056	12	58	39	168	265	1 282
Total MCO	3 189	16 539	673	3 260	3 833	12 935	7 695	32 734
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie¹	3 474	22 318	948	5 447	557	1 747	4 980	29 512
Hospitalisation partielle en SSR	993	3 528	1 545	5 175	1 589	4 503	4 127	13 206
Total	7 656	42 385	3 167	13 882	5 979	19 185	16 802	75 452
HAD ²	1 296	4 303	3 024	9 984	848	3 195	5 167	17 482

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

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

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

Lecture > En 2017, 7,7 millions de journées d'hospitalisation partielle ont été réalisées en MCO dans 32 734 places.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2017, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; PMSI-HAD 2017, traitements DREES, pour l'activité d'HAD ; SAE 2017, traitements DREES, pour les capacités d'accueil et l'activité de psychiatrie.

Tableau 2 Nombre de séances en 2017 selon le statut de l'établissement

Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif, dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Chimiothérapie ambulatoire	1 404 584	551 466	748 656	2 704 706
Radiothérapie	985 357	1 101 940	1 809 648	3 896 945
Séances sur malades ambulatoires	968 665	1 084 102	1 786 994	3 839 761
Séances sur malades hospitalisés	16 692	17 838	22 654	57 184
Dialyse	1 663 698	2 654 489	2 515 482	6 833 669
Total	4 053 639	4 307 895	5 073 786	13 435 320

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

lucrative dans 8 % des cas et d'établissements privés à but lucratif dans 5 % des cas. Ces consultations ont accueilli 260 000 patients différents au cours de l'année 2017 (+0,7 % par rapport à 2016), dont 48 % de nouveaux patients. Ce sont des consultations labellisées¹ pour 88 % des patients. Des groupes de parole destinés aux aidants ont été mis en place par 199 unités.

Les capacités d'accueil en soins palliatifs continuent de se développer

En France métropolitaine et dans les DROM, 157 unités de soins palliatifs (USP) sont dénombrées en 2017, contre 139 en 2015. Celles-ci totalisent 1 765 lits (1 550 lits en 2015), et sont présentes en MCO ou en moyen séjour. Par ailleurs, 5 200 lits sont des lits identifiés en soins palliatifs, mais localisés hors des USP.

Ces capacités sont également en hausse par rapport au dernier relevé effectué (5 040 lits décomptés en 2015). Enfin, 426 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) se déplacent au lit des malades, auprès des soignants, voire interviennent au domicile ou dans d'autres structures (424 en 2015). Elles ont un rôle de conseil et de soutien et ne prodiguent pas de soins.

Les urgences

En France métropolitaine et dans les DROM, les urgences ont recensé 21,4 millions de passages en 2017. Celles-ci, ainsi que d'autres formes de prises en charge ambulatoires à l'hôpital (en particulier la psychiatrie), font l'objet de fiches spécifiques (voir les chapitres « Les autres disciplines hospitalières » et « Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière »). ■

Tableau 3 Répartition des consultations mémoires selon le statut de l'établissement en 2017

Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Nombre d'entités ayant une consultation mémoire, dont :	495	46	26	567
consultation mémoire labellisée	387	31	12	430
File active, dont :	230 623	18 559	10 421	259 603
nouveaux patients	110 638	9 591	5 357	125 586
Groupe de parole destiné aux aidants	178	14	7	199

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

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

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités alternatives à l'hospitalisation à temps complet ayant fonctionné en 2017 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les consultations externes déclarées par les établissements publics de santé ne sont pas comptabilisées.

Sources

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

Définitions

- > **Alternatives à l'hospitalisation** : elles ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile » (article R6121-4 du Code de la santé publique).
- > **Chimiothérapie** : elle consiste en l'usage de certaines substances chimiques pour traiter une maladie. De nos jours, le terme « chimiothérapie » est principalement utilisé pour désigner certains traitements contre le cancer.
- > **Radiothérapie** : ce traitement consiste à utiliser des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses. La radiothérapie ne s'emploie pas uniquement pour traiter les cancers mais, dans la pratique, son utilisation pour des affections non cancéreuses est faible.
- > **Nombre de passages aux urgences pour l'année** : il inclut l'ensemble des arrivées quels que soient les modes d'arrivée et de sortie.
- > **Centres de lutte contre le cancer (CLCC)** : ils assurent des missions de soins, de recherche et d'enseignement, et sont spécialisés en cancérologie. On compte 21 établissements sur le territoire métropolitain.

Pour en savoir plus

- > **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** (2018, décembre). Rapport d'activité hémovigilance 2017.
- > **Baubeau, D., Carrasco, V. et Mermilliod, C.** (2005, mars). L'activité de radiothérapie en 2002. DREES, *Études et Résultats*, 387.
- > **Baubeau, D. et Trigano, L.** (2004, juillet). La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. DREES, *Études et Résultats*, 327.

Fin 2017, les établissements de santé en France emploient 209 000 personnels médicaux : médecins, odontologues, pharmaciens, internes ou sages-femmes. Ces personnels sont essentiellement employés dans les établissements publics. Ainsi, 77 % des sages-femmes y exercent, de même que plus de neuf internes sur dix. Parmi les médecins, pharmaciens et odontologues, 83 % des salariés exercent à l'hôpital public, alors que les postes de praticiens libéraux sont pour leur part concentrés à hauteur de 84 % dans les établissements privés à but lucratif.

Plus des deux tiers des emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics

Fin 2017, les établissements de santé comptent 209 000 emplois de personnels médicaux : 117 000 médecins, odontologues et pharmaciens¹ salariés, 42 000 médecins libéraux, 34 000 internes et faisant fonction d'internes (FFI) et près de 17 000 sages-femmes (*tableau 1*). Plus des deux tiers de ces emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics, 21 % des cliniques privées et 11 % des établissements privés à but non lucratif.

Au sein des établissements publics, les médecins sont essentiellement salariés (98 %). Ces emplois salariés sont principalement assurés par des praticiens hospitaliers qui représentent 60 % des équivalents temps pleins (ETP) de médecins des établissements publics (*tableau 2*). Les attachés, assistants et praticiens hospitalo-universitaires titulaires représentent ensuite respectivement 12 %, 7 % et 4 % des ETP de médecins dans les hôpitaux publics. Ces établissements comptent également 2 000 emplois de praticiens libéraux (voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé », sur les différents statuts des personnels des établissements de santé).

Dans les établissements privés à but non lucratif, 76 % des emplois de médecins sont occupés par des salariés au 31 décembre 2017. Dans les cliniques privées, en revanche, les libéraux sont largement majoritaires (81 % des emplois médicaux fin 2017).

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

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

Le troisième cycle des études de médecine s'effectue obligatoirement dans le cadre d'un internat, ce qui n'est pas forcément le cas pour les études de pharmacie et d'odontologie. De ce fait, parmi les internes en emploi fin 2017, plus de neuf étudiants sur dix (93 %) sont inscrits en médecine (*tableau 1*). La répartition des internes reflète toutefois celle des professions, si bien que le nombre d'emplois d'internes pour un praticien est aussi élevé en médecine qu'en pharmacie (0,3 interne pour un praticien).

Fin 2017, les FFI représentent 9 % de l'ensemble des internes et des FFI, proportion qui continue d'augmenter régulièrement depuis 2013, date à laquelle elle était de 7 %.

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

Tableau 1 Les emplois médicaux dans les établissements de santé au 31 décembre 2017

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Médecins, odontologues, pharmaciens	99 106	18 695	40 312	158 113
Salariés	97 195	14 150	5 197	116 542
Libéraux	1 911	4 545	35 115	41 571
Internes et FFI	31 532	2 336	234	34 102
Internes	28 628	2 081	230	30 939
Médecine (médecine générale et spécialités médicales)	26 564	1 995	222	28 781
Pharmacie	1 691	84	7	1 782
Odontologie	373	2	1	376
Faisant fonction d'internes (FFI)	2 904	255	4	3 163
Sages-femmes	12 769	1 262	2 626	16 657
Total	143 407	22 293	43 172	208 872

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition, en équivalent temps plein, des emplois médicaux salariés dans les établissements de santé en 2017

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
ETP des médecins, pharmaciens et odontologues salariés	70 489	9 593	3 458
ETP des hospitalo-universitaires titulaires ¹	3 045	n.d.	n.d.
ETP des praticiens hospitaliers	42 026	n.d.	n.d.
ETP des assistants	5 217	n.d.	n.d.
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 092	n.d.	n.d.
ETP des attachés	8 132	n.d.	n.d.
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	9 977	n.d.	n.d.
ETP des internes et FFI	29 964	1 770	208
ETP des sages-femmes	11 615	1 025	2 159
ETP des titulaires et stagiaires de la fonction publique	9 343	-	-
ETP des CDI	387	867	1 869
ETP des CDD	1 886	158	291

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

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

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

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

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

92 % des internes et FFI sont en emploi dans les établissements publics, où ils occupent 32 000 emplois (22 % des emplois médicaux du public). Ils sont principalement accueillis en CHU (57 % de l'ensemble des internes et FFI) et en centres hospitaliers (CH) de grande taille (au moins 300 lits) (23 %) [tableau 4]. Le nombre d'internes et FFI par praticien est plus élevé dans les CHU que dans les grands CH (0,47 interne et FFI pour un praticien en CHU, contre 0,27 en grand CH).

Les internes et FFI représentent 2 300 emplois dans les établissements privés à but lucratif, tandis qu'ils sont 200 dans les cliniques privées.

La majorité des internes et FFI (85 %) effectuent leur formation au sein de services de court séjour appartenant à la discipline d'équipement « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO), reflet de la forte proportion (84 % des ETP) de médecins salariés travaillant en MCO (tableau 5).

C'est en psychiatrie que le nombre d'ETP d'internes et de FFI par praticien salarié est le plus faible (0,27). Les internes et FFI de ces services travaillent majoritairement dans des centres hospitaliers spécialisés dans la

lutte contre les maladies mentales (CHS). Néanmoins, rapportés au nombre de séjours en hospitalisation complète, les internes sont trois fois plus nombreux dans les services de psychiatrie des CHU que dans les CHS. Toutes disciplines confondues, dans les CHU, le nombre d'internes par séjour en hospitalisation complète est ainsi particulièrement élevé : 0,64 interne et FFI pour 100 séjours, contre 0,35 en moyenne.

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

77 % des sages-femmes exercent dans les établissements publics, dont elles constituent 9 % des personnels médicaux. Dans ces hôpitaux, les titulaires ou stagiaires de la fonction publique représentent 80 % des effectifs en ETP de la profession, tandis que la part des CDD est de 16 % (tableau 2). Dans les établissements privés, les sages-femmes en CDI représentent 86 % des ETP.

23 % des emplois de sages-femmes relèvent du secteur privé. Elles sont deux fois plus nombreuses dans les cliniques privées (2 600 emplois fin 2017) que dans les établissements privés à but non lucratif (1 300 emplois). ■

Tableau 3 Les emplois de médecins, pharmaciens et odontologistes salariés et libéraux dans les établissements de santé au 31 décembre 2017, selon la spécialité

Spécialité	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Répartition (en %)
Médecine générale	17 171	2 822	3 333	23 326	14,8
Anesthésie-réanimation	7 736	1 204	3 822	12 762	8,1
Pédiatrie	4 598	538	583	5 719	3,6
Autres spécialités médicales	31 885	7 644	15 326	54 855	34,7
Gynécologie-obstétrique	3 938	622	1 682	6 242	3,9
Spécialités chirurgicales	11 608	2 419	11 891	25 918	16,4
Biologie médicale	3 568	186	501	4 255	2,7
Psychiatrie	8 558	1 508	1 251	11 317	7,2
Pharmacie	5 361	1 141	1 325	7 827	5,0
Autres	4 683	611	598	5 892	3,7
Total	99 106	18 695	40 312	158 113	100,0

Lecture > 14,8 % des emplois médicaux (hors internes et sages-femmes) en établissement de santé concernent la médecine générale en 2017.

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Tableau 4 Les emplois d'internes et de faisant fonction d'internes en établissement de santé au 31 décembre 2017, selon la catégorie d'établissements

	Établissements publics			Établissements privés à but non lucratif	dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	CHU	CH de grande taille (au moins 300 lits)	Autres établissements publics (y compris CHS)				
Internes (effectifs)	18 233	6 523	3 872	2 081	830	230	30 939
Internes (%)	58,9	21,1	12,5	6,7	2,7	0,7	100,0
Faisant fonction d'internes (effectifs)	1 215	1 247	442	255	58	4	3 163
Faisant fonction d'internes (%)	38,4	39,4	14,0	8,1	1,8	0,1	100,0
Total internes et FFI (effectifs)	19 448	7 770	4 314	2 336	888	234	34 102
Total internes et FFI (%)	57,0	22,8	12,7	6,9	2,6	0,7	100,0
Total du personnel médical¹ (effectifs)	41 809	28 904	23 464	11 534	2 577	8 395	114 106
Total du personnel médical¹ (%)	36,6	25,3	20,6	10,1	2,3	7,4	100,0
Séjours en hospitalisation complète ² (nombre)	3 022 687	3 120 019	2 045 805	909 278	144 090	704 651	9 802 440
Séjours en hospitalisation complète ² (%)	30,8	31,8	20,9	9,3	1,5	7,2	100,0
Ratio internes et FFI/personnel médical	0,47	0,27	0,18	0,20	0,34	0,03	0,30
Ratio internes et FFI/100 séjours en hospitalisation complète	0,64	0,25	0,21	0,26	0,62	0,03	0,35

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

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

2. Les séjours en hospitalisation complète sont des séjours de MCO, psychiatrie, SSR, USLD et HAD, dans les établissements accueillant des internes ou des FFI.

Lecture > Rapportés au nombre de séjours en hospitalisation complète, les centres hospitaliers universitaires et les centres de lutte contre le cancer forment plus d'internes et de FFI que les autres établissements de santé.

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Tableau 5 Les internes et les faisant fonction d'internes en établissement de santé en 2017, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation

Discipline	Internes et faisant fonction d'internes		Personnel médical salarié ¹		Ratio internes/ personnel médical salarié'
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques ²	1 805	5,7	1 313	1,8	1,38
MCO	27 193	85,1	61 599	84,5	0,44
Psychiatrie	2 138	6,7	7 795	10,7	0,27
HAD	35	0,1	84	0,1	0,42
SSR	679	2,1	1 945	2,7	0,35
SLD	91	0,3	166	0,2	0,55
Ensemble des disciplines	31 941	100,0	72 902	100,0	0,44

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

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

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

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Personnel médical, y compris internes, faisant fonction d'internes et sages-femmes, des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), en emploi au 31 décembre 2017.

Source

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

Définitions

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

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



- > **Spécialité principale d'exercice** : cette notion renvoie à la spécialité reconnue par la Sécurité sociale pour les médecins libéraux et correspond, en général, à l'intitulé du poste occupé par les salariés. Les médecins qui partagent leur temps entre deux activités au sein d'un même établissement sont classés dans la spécialité principale exercée dans cet établissement.
- > **Statuts à l'hôpital public** : les personnels médicaux ont principalement le titre de praticiens hospitaliers. Ils occupent des postes à temps plein ou à temps partiel. Les praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH), les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), les praticiens hospitaliers universitaires (PHU), les assistants hospitaliers universitaires (AHU) et les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) partagent leur activité entre le soin, l'enseignement et la recherche (par convention, ils sont comptabilisés pour 0,5 ETP pour la partie soins). Les médecins ayant le statut d'assistant sont recrutés avec des contrats à durée déterminée. Les praticiens attachés travaillent à temps partiel (1 à 10 vacations hebdomadaires maximum) et peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.
- > **Faisant fonction d'internes (FFI)** : ce sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquies une spécialisation ou un diplôme complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, sont désignés en qualité de faisant fonction d'interne. L'exercice en France de ces médecins est conditionné par une autorisation. À défaut, ils ne peuvent exercer des fonctions hospitalières que s'ils sont inscrits à des formations universitaires et uniquement dans des établissements hospitaliers publics.
- > **Équivalent temps plein** : il correspond ici à l'équivalent temps plein annuel moyen rémunéré, qui fait référence à la fois à la durée de la période de travail dans l'année et à la quotité de travail dans la semaine.

Pour en savoir plus

- > **Anguis, M.** (2017, mars). En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. DREES, *Études et Résultats*, 1006.
- > **Barlet, M. et Marbot, C. (dir.)** (2016). *Portrait des professionnels de santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- > **Kranklader, E.** (2012, mars). Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts. DREES, *Dossiers solidarité et santé*, 25.
- > **Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)** (2010). *Les internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*, tome I. Rapport disponible sur le site de la DREES : www.social-sante.gouv.fr, rubrique « Rapports » de l'ONDPS.

Fin 2017, les personnels non médicaux, soignants ou non, représentent plus de 1,1 million d'emplois salariés dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM, y compris le service de santé des armées. Les trois quarts d'entre eux exercent dans des établissements publics et six sur dix sont titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière.

Les trois quarts des emplois non médicaux se concentrent dans les hôpitaux publics fin 2017

Les personnels non médicaux salariés dans les établissements de santé représentent 1 100 000 emplois au 31 décembre 2017. Les trois quarts de ces emplois se concentrent dans les hôpitaux publics. Le quart restant se répartit à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (tableau 1). Le personnel soignant (infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, psychologues) représente 69 % de l'ensemble des personnels non médicaux fin 2017, soit 762 000 emplois. Ils sont largement présents dans les hôpitaux publics (72 % des emplois). Les cliniques privées mobilisent 15 % des emplois de personnel non médical soignant et les établissements privés à but non lucratif, 13 %.

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

76 % des personnels non soignants travaillent dans les hôpitaux publics et ils sont 10 % à exercer

dans les cliniques privées. Les personnels techniques et médico-techniques sont nettement concentrés dans les établissements publics (83 %). En revanche, 22 % des personnels éducatifs et sociaux travaillent dans les établissements privés à but non lucratif.

En 2017, 66 % des équivalents temps plein (ETP) des personnels non médicaux de la section hôpital (c'est-à-dire hors administration) exercent en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) [tableau 2]. Les personnels exerçant en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation (SSR) représentent respectivement 15 % et 14 % des ETP des personnels non médicaux. Cette répartition est très stable depuis 2013.

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

Fin 2017, sur plus de 1,1 million d'emplois de personnels non médicaux des établissements de santé, 658 000 sont des emplois de titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière, 309 000 sont des emplois en contrat à durée indéterminée (CDI) et 136 000 en contrat à durée déterminée (CDD) [tableau 3].

Chez les personnels non médicaux soignants, la répartition par statut des emplois est proche de celle de l'ensemble des personnels non médicaux. Toutefois, certaines catégories de personnel ont des statuts plus variés. Ainsi, les rééducateurs et les psychologues sont plus souvent en CDI et moins fréquemment titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière (respectivement 47 % et 37 % des emplois) que l'ensemble des personnels non médicaux soignants. Il en est de

même pour les agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux, dont 46 % sont titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière et 33 % sont en CDI.

Chez les personnels non soignants, un tiers des personnels administratifs et des personnels éducatifs et sociaux sont en CDI, une proportion un peu plus élevée que celle des autres personnels non soignants. ■

Tableau 1 Les emplois non médicaux des établissements de santé au 31 décembre 2017

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Personnels non médicaux soignants	551 862	95 987	113 850	761 699
Personnel d'encadrement du personnel soignant	17 922	3 864	3 423	25 209
Infirmiers ¹ diplômés d'État	249 289	40 850	52 463	342 602
Aides-soignants	185 577	27 172	32 470	245 219
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	66 698	13 388	19 074	99 160
Rééducateurs	18 947	7 669	4 904	31 520
Psychologues	13 429	3 044	1 516	17 989
Personnels non médicaux non soignants	260 295	45 429	35 742	341 466
Personnels administratifs	102 883	23 114	21 911	147 908
Personnels éducatifs et sociaux	13 420	4 302	1 454	19 176
Personnels médico-techniques	44 613	7 540	4 950	57 103
Personnels techniques	99 379	10 473	7 427	117 279
Total	812 157	141 416	149 592	1 103 165

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

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

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Tableau 2 Personnels non médicaux en 2017 par discipline, en équivalent temps plein

Disciplines	2017
Administration	238 994
Section hôpital	772 287
MCO	508 556
Psychiatrie	117 688
HAD	8 911
SSR	108 865
SLD	28 268
Ensemble	1 011 282
Ensemble (hors unités de soins de longue durée)	983 014

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

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

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Tableau 3 Les emplois non médicaux des établissements de santé au 31 décembre 2017 selon la spécialité et le contrat

	Personnel en CDI	Personnel en CDD	Titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière	Ensemble du personnel des établissements sanitaire
Personnels non médicaux soignants	209 732	92 316	459 651	761 699
Personnel d'encadrement du personnel soignant	7 515	192	17 502	25 209
Infirmiers ¹ diplômés d'État	89 331	33 712	219 559	342 602
Aides-soignants	56 921	29 547	158 751	245 219
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	32 738	21 074	45 348	99 160
Rééducateurs	15 067	4 386	12 067	31 520
Psychologues	8 160	3 405	6 424	17 989
Personnels non médicaux non soignants	99 020	43 769	198 677	341 466
Personnels administratifs	50 734	17 728	79 446	147 908
Personnels éducatifs et sociaux	6 608	2 558	10 010	19 176
Personnels médico-techniques	13 695	6 717	36 691	57 103
Personnels techniques	27 983	16 766	72 530	117 279
Total	308 752	136 085	658 328	1 103 165

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

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

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

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

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

Source

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

Méthodologie

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

Définitions

> **Personnels non médicaux** : il s'agit ici des personnels salariés, titulaires ou contractuels des établissements sanitaires, rémunérés au 31 décembre 2017 par l'établissement dans le secteur privé, ou par l'entité juridique dans le secteur public. Sont inclus les élèves rémunérés, les personnels en congés simples ou de longue maladie, en cessation progressive d'activité, etc. Les apprentis et autres contrats aidés ne sont pas comptabilisés. Le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation n'apparaît pas dans cette fiche.

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

Pour en savoir plus

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

En 2016, les salariés des hôpitaux publics perçoivent en moyenne 2 320 euros nets par mois en équivalent temps plein (EQTP). Comme en 2015, la dispersion entre les salaires s'établit à 2,2. La progression du salaire avec l'âge est plus importante pour les personnels médicaux que pour les non-médicaux. Le salaire moyen des femmes reste inférieur de plus de 7 % à celui des hommes, après contrôle des structures de la population par âge et par emploi.

Le salaire mensuel net augmente de 0,7 % en 2016

En 2016, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein s'élève en moyenne à 2 320 euros dans le secteur hospitalier public¹ (tableau 1). Entre 2015 et 2016, il a augmenté en moyenne de 0,7 % en euros courants et de 0,5 % déduction faite de l'inflation. La répartition par âge et par structure de qualification des personnels explique à la fois le niveau de rémunération nette moyenne observée et son évolution. Ainsi, les personnels médicaux (médecins, dentistes et pharmaciens, hors sages-femmes²) perçoivent un salaire mensuel net moyen en équivalent temps plein (EQTP) de 5 492 euros, en augmentation de 1,2 % en euros courants. Hors personnels médicaux, l'augmentation des salaires est moins importante : elle est de 0,4 % en 2016 en euros courants. La rémunération mensuelle nette des personnels soignants (sages-femmes, infirmiers, aides-soignants, etc.) s'élève à 2 078 euros en moyenne, celles des personnels administratifs à 2 007 euros et celles des personnels techniques et ouvriers à 1 908 euros en moyenne.

En 2016, la dispersion des salaires estimée par le rapport interdécile – c'est-à-dire le rapport entre le salaire mensuel net au-delà duquel se situent les 10 % des salariés les mieux payés et celui en deçà duquel se situent les 10 % les moins bien payés – est, comme en 2015, de 2,2 dans le secteur hospitalier public (tableau 2). C'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés.

Le rapport interdécile parmi les cadres de gestion et de direction est ainsi de 3,6, alors qu'il est de 1,5 pour les aides-soignants et agents des services hospitaliers. Ces dispersions s'avèrent stables d'une année à l'autre.

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

En 2016, un médecin du secteur hospitalier public perçoit, en début de carrière, un salaire mensuel net compris en moyenne entre 3 185 euros s'il est âgé de moins de 30 ans et 4 271 euros s'il a entre 30 et 39 ans (tableau 3). Entre 50 et 59 ans, il perçoit en moyenne 6 445 euros par mois. Cette progression avec l'âge est beaucoup moins prononcée pour le personnel des filières non médicales : les salariés de moins de 30 ans perçoivent en moyenne un salaire net mensuel en EQTP de 1 671 euros et les salariés entre 50 et 59 ans, 2 279 euros.

Le salaire moyen des femmes est inférieur de 21 % à celui des hommes dans les hôpitaux publics. Cet écart de rémunération entre femmes et hommes s'explique en partie par une surreprésentation des femmes parmi les tranches d'âge les plus jeunes (43,5 % des salariées féminines du secteur hospitalier public ont moins de 40 ans, contre 35,6 % des hommes) et par une différence de structure par emploi : en EQTP, 5,0 % des femmes et 17,6 % des hommes occupent des postes de la filière médicale. Ces dernières travaillent en

1. Faute de données actualisées sur les cliniques privées, la présente fiche porte sur le seul secteur hospitalier public, contrairement aux années précédentes.

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

effet plus souvent dans la filière soignante (infirmières, sages-femmes, aides-soignantes, etc.) : 28,8 % d'entre elles sont infirmières (15,4 % des hommes) et 35,0 % sont aides-soignantes

et agents des services hospitaliers (19,1 % des hommes). Même en tenant compte des structures par âge et par emploi, l'écart de rémunération entre femmes et hommes reste de plus de 7 %. ■

Tableau 1 Les salaires mensuels nets moyens en équivalent temps plein en 2016 dans le secteur hospitalier public, par catégorie socioprofessionnelle

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Structure des effectifs (en %)	Salaire 2015 (en euros)	Salaire 2016 (en euros)	Évolution 2015-2016 (% en euros courants)	Évolution 2015-2016 (% en euros constants)
Personnels médicaux (hors sages-femmes)	7,9	5 428	5 492	1,2	1,0
Personnels soignants (hors personnel médical)	63,7	2 070	2 078	0,4	0,2
Sages-femmes	1,2	2 697	2 720	0,9	0,7
Personnel d'encadrement du personnel soignant	2,4	3 010	3 075	2,1	2,0
Infirmiers	25,8	2 296	2 305	0,4	0,2
Aides-soignants et agents de service hospitaliers	31,5	1 780	1 781	0,0	-0,2
Rééducateurs	1,7	2 094	2 105	0,5	0,3
Psychologues	1,2	2 266	2 276	0,5	0,3
Personnels administratifs	10,4	2 003	2 007	0,2	0,0
Personnels éducatifs et sociaux	1,5	1 984	1 984	0,0	-0,2
Personnels médico-techniques	4,4	2 271	2 276	0,2	0,0
Personnels techniques et ouvriers	10,9	1 899	1 908	0,5	0,3
Contrats aidés	1,2	1 239	1 246	0,6	0,4
Femmes	77,0	2 171	2 186	0,7	0,5
Hommes	23,0	2 751	2 769	0,6	0,5
Ensemble	100,0	2 305	2 320	0,7	0,5
Ensemble (hors personnels médicaux)	92,1	2 039	2 047	0,4	0,2
Ensemble (hors contrats aidés)	98,8	2 318	2 333	0,6	0,5

Note > La catégorie « personnels non ventilés » n'est pas présentée dans la structure des effectifs, mais les salaires de ces personnels sont pris en compte dans le calcul du salaire moyen.

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

Sources > Insee, SIASP 2015 et 2016, traitements DREES.

Tableau 2 Distribution des salaires mensuels nets en 2016, dans le secteur hospitalier public

Déciles	Salaire 2016 (en euros)	Évolution 2015-2016 (% en euros courants)
D1	1 473	0,2
Médiane	1 946	0,3
D9	3 300	1,3
D9/D1	2,2	+0,026 point

Lecture > 10 % des salariés perçoivent un salaire inférieur à 1 473 euros, la moitié, inférieur à 1 946 euros et 90 % inférieur à 3 300 euros.

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

Sources > Insee, SIASP 2015 et 2016, traitements DREES.

Tableau 3 Structure des emplois et salaires mensuels nets moyens en équivalent temps plein par tranche d'âge pour le personnel médical et non médical du secteur hospitalier public, en 2016

Tranche d'âge	Personnel médical		Personnel non médical		Ensemble	
	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire mensuel net moyen (en euros)
Moins de 30 ans	2,3 ¹	3 185	16,9	1 671	15,8	1 688
30 à 39 ans	30,4	4 271	25,5	1 917	25,9	2 136
40 à 49 ans	23,8	5 562	27,2	2 100	27,0	2 342
50 à 59 ans	27,6	6 445	26,5	2 279	26,6	2 621
60 ans ou plus	15,9	6 399	3,9	2 596	4,8	3 590

1. Compte tenu de la longueur des études médicales, l'âge de début de carrière se situe souvent au-delà de 30 ans pour ces professions.

Lecture > Le personnel non médical âgé de moins de 30 ans représente 16,9 % de l'ensemble des postes et perçoit un salaire mensuel net de 1 671 euros, en moyenne. Entre 30 et 39 ans, il représente 25,5 % des postes et son salaire mensuel net est de 1 917 euros en moyenne.

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

Sources > Insee, SIASP 2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (excepté Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) et bénéficiaires de contrats aidés, hors stagiaires, internes, externes et étudiants. Faute de données actualisées sur les cliniques privées, la présente fiche porte, contrairement aux années précédentes, sur le seul secteur hospitalier public. Il est défini comme l'ensemble des établissements dont l'activité économique principale relève des activités hospitalières (Code Naf Rev2. 8610Z) ou ayant la catégorie juridique « établissement d'hospitalisation » (7364) et dont la catégorie juridique fait partie de la catégorie « Personne morale et organisme soumis au droit administratif ». Les établissements de la fonction publique hospitalière ayant une activité complémentaire à celles des hôpitaux, comme les activités de blanchisserie, teinturerie de gros (Code Naf Rev2.9601A) ou les services de restauration (Code Naf Rev2. 5629B), sont également pris en compte.

Sources

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative que devait accomplir toute entreprise employant des salariés jusqu'en 2016. Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissaient annuellement et pour chaque établissement un certain nombre d'informations relatives à l'établissement et aux salariés (la nature de l'emploi et la qualification, le montant des rémunérations versées, etc.). Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) exploite notamment les informations contenues dans cette déclaration sur le champ de la fonction publique. Il intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, liés notamment au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). Les salaires sont estimés à partir du Siasp pour les hôpitaux publics.

Définitions

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

Pour en savoir plus

> **Berger, E. et Dennevault, C.** (2018, octobre). Les salaires dans la fonction publique hospitalière. Insee, *Insee Première*, 1716.

> Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2018, disponible sur le site internet de la fonction publique.

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

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

En 2017, la population des DROM représente 3,3 % de la population française, soit 2,2 millions de personnes. La Guyane, Mayotte et la Corse sont les seules régions françaises à ne pas avoir de centre hospitalier régional (CHR) [tableau 1]. Les deux premières régions sont aussi les seules à ne pas avoir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie. Mayotte se distingue particulièrement des quatre autres départements et régions d'outre-mer par une capacité très réduite en hospitalisation. Ce département est doté d'un seul centre hospitalier, situé à Mamoudzou. Un hôpital actuellement en construction à Petite-Terre complétera l'offre de soins du centre hospitalier de Mayotte, notamment en moyen séjour, et devrait contribuer à rééquilibrer les infrastructures sanitaires sur le territoire à l'horizon 2019.

En nombre de lits pour 10 000 habitants, la Martinique est le DROM qui se rapproche le plus de la métropole pour ses capacités d'accueil en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) en 2017, tandis que la Guyane, La Réunion, et surtout Mayotte ont des taux d'équipement plus faibles (tableaux 2 et 3). L'incendie subi par le CHU de Pointe-à-Pitre fin novembre 2017¹ a diminué sa

capacité d'accueil en MCO de 300 lits et de 50 places d'hospitalisation partielle, ce qui réduit d'autant les capacités d'accueil de la Guadeloupe en 2017. Pour les soins de suite et de réadaptation (SSR, moyen séjour) les écarts sont particulièrement marqués entre d'une part la Guadeloupe et la Martinique, qui disposent respectivement de 16 et 14 lits pour 10 000 habitants, proches de la France métropolitaine, et les trois autres départements : 9 pour La Réunion, 5 pour la Guyane et 0 pour Mayotte.

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

L'activité MCO en hospitalisation complète, rapportée à la population, est plus faible dans les DROM qu'en France métropolitaine. Le taux d'hospitalisation varie de 9,7 à 14,0 séjours pour 100 habitants dans les DROM, alors qu'il est en moyenne de 15,5 séjours pour 100 habitants en métropole (tableau 4). En 2017, la durée moyenne de séjour, à Mayotte, en Martinique et en Guyane est légèrement plus élevée que la moyenne métropolitaine (respectivement 5,7, 6,1, et 6,6 jours, contre 5,5 jours), en revanche elle s'avère plus courte en Guadeloupe et à La Réunion (5,0 et 4,9 jours).

Rapportée à la population, l'hospitalisation partielle en MCO est beaucoup moins développée en Guyane et à Mayotte, en raison d'une capacité d'accueil deux fois plus faible. La part de l'hospitalisation partielle (nombre de journées en hospitalisation partielle rapporté à la somme des séjours en hospitalisation complète et des journées en hospitalisation partielle) avoisine ainsi les 20 % en Guyane et à Mayotte, alors qu'elle est de 41 % en Guadeloupe,

1. Le projet de reconstruction sur un nouveau site prévoit l'achèvement des travaux pour la fin de l'année 2022.

39 % en Martinique et 37 % à La Réunion, parts comparables à celle de la métropole (43 %).

Psychiatrie

La prise en charge de la santé mentale dans les DROM repose presque exclusivement sur une offre portée par les hôpitaux publics. Dans tous les DROM, l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est bien plus faible qu'en métropole. La Réunion est le département où cette activité est la plus développée : 4,2 journées pour 100 habitants, devant la Guadeloupe (3,9 journées), dont le nombre de places

pour 10 000 habitants est pourtant un peu plus élevé que dans les autres DROM. À Mayotte, aucune place n'est disponible dans ce secteur.

En hospitalisation complète de psychiatrie, La Réunion enregistre un nombre de lits, rapporté à la population, inférieur à celui des Antilles et de la métropole, alors que le nombre de séjours est proche de celui des Antilles. De fait, la durée moyenne de séjour est notablement plus élevée en Martinique (53 jours) qu'à La Réunion (31 jours), où elle se rapproche de celle de la métropole (29 jours). À Mayotte, les capacités et l'activité en hospitalisation complète de psychiatrie sont

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé par catégorie d'établissement en 2017

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Établissements publics¹	10	14	2	10	1	1 327
CHR/CHU	1	5	0	6	0	166
CH, dont anciens hôpitaux locaux	8	8	2	3	1	925
CHS	1	1	0	1	0	92
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	144
Établissements privés à but non lucratif	0	1	1	3	0	675
CLCC ²	0	0	0	0	0	21
Autres établissements privés à but non lucratif	0	1	1	3	0	654
Établissements privés à but lucratif	12	4	3	18	0	965
Établissements de SSR	4	1	1	10	0	334
Établissements de MCO ou pluridisciplinaires	8	3	2	6	0	479
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	2	0	143
Établissements de SLD	0	0	0	0	0	7
Autres établissements privés à but lucratif	0	0	0	0	0	2
Total	22	19	6	31	1	2 967

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

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

2. En 2017, les trois sites de l'Institut de cancérologie de l'Ouest et les deux sites de l'Institut Curie sont comptés chacun comme un établissement.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris les SSA. Les données sur la Guadeloupe incluent les deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Sont comptabilisés les établissements d'hospitalisation disposant au 31 décembre 2017 d'au moins un lit (ou une place) à temps complet ou partiel, y compris les anciens hôpitaux locaux. Ne sont pas comptabilisés les centres de dialyse et de radiothérapie.

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

très réduites : 0,4 lit pour 10 000 habitants, 0,1 séjour pour 100 habitants et une durée moyenne de séjour de 14 jours.

Soins de suite et de réadaptation

En hospitalisation complète en moyen séjour (SSR), le nombre de séjours rapporté à la population est proche en Martinique de celui enregistré en métropole, et le dépasse même en Guadeloupe. Le recours à l'hospitalisation partielle de moyen séjour est supérieur

à la moyenne métropolitaine en Guadeloupe et à La Réunion, et moindre en Martinique.

En Guyane, l'activité de moyen séjour reste peu développée en hospitalisation complète en raison de l'organisation particulière du territoire et de la jeunesse de la population. Le moyen séjour concerne en effet majoritairement des personnes âgées, l'âge médian des patients étant par exemple de 71 ans en métropole. Cependant, le nombre de places d'hospitalisation partielle a progressé en 2017 avec

Tableau 2 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2017

		Guadeloupe ¹	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	908	1 072	677	2 105	352	201 505
	Psychiatrie	291	295	106	417	10	54 895
	SSR	698	514	146	791	0	103 576
	SLD	165	148	30	95	0	31 069
Places	MCO	133	165	47	302	49	32 038
	Psychiatrie	189	88	50	230	0	28 955
	SSR	151	59	75	419	0	12 502
Population en 2017 (en milliers)		439	375	274	861	249	64 801

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

1. L'incendie du CHU de Pointe-à-Pitre en novembre 2017 a diminué la capacité d'accueil de MCO de la Guadeloupe.

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

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

Tableau 3 Nombre de lits et de places installés pour 10 000 habitants au 31 décembre 2017

		Guadeloupe ¹	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	21	29	25	24	14	31
	Psychiatrie	7	8	4	5	0	8
	SSR	16	14	5	9	0	16
	SLD	4	4	1	1	0	5
Places	MCO	3	4	2	4	2	5
	Psychiatrie	4	2	2	3	0	4
	SSR	3	2	3	5	0	2

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

1. L'incendie du CHU de Pointe-à-Pitre en novembre 2017 a diminué la capacité d'accueil de MCO de la Guadeloupe.

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

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

l'ouverture d'un nouvel établissement. Le nombre de journées par habitant s'élève à 3,8 pour 100 habitants en 2017².

L'activité de soins de longue durée est nettement moins développée dans les DROM qu'en

métropole, du fait notamment de la plus faible proportion de personnes âgées dans ces territoires. Mayotte se distingue à nouveau, puisque aucune capacité d'accueil en moyen et long séjour n'existe dans ce département. ■

Tableau 4 Activité des établissements de santé, taux pour 100 habitants en 2017

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

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

1. L'incendie du CHU de Pointe-à-Pitre en novembre 2017 explique une partie de la baisse d'activité de MCO de la Guadeloupe en 2017.

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

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2017 et PMSI-SSR 2017, traitements DREES ; DREES, SAE 2017, traitements DREES, pour la psychiatrie ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les données sur la Guadeloupe incluent les deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Les capacités d'accueil et l'activité concernent l'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2017.

Sources

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

2. Le nombre de journées d'hospitalisation partielle de SSR pour 100 habitants en 2016 pour la Guyane, publié dans l'édition 2018 de cet ouvrage, n'est pas correct en raison de la sous-déclaration d'activité d'un établissement.



Définitions

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

Pour en savoir plus

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

**Médecine, chirurgie,
obstétrique et odontologie**

En douze ans, le nombre de lits en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) a diminué de près de 26 000. Dans le même temps, sous l'impulsion du virage ambulatoire, les capacités d'hospitalisation à temps partiel se sont développées (plus de 13 000 places supplémentaires). Entre 2016 et 2017, l'activité d'hospitalisation complète se replie, tandis que l'hospitalisation partielle continue d'augmenter. Les durées moyennes de séjour poursuivent leur légère baisse.

Entre 2005 et 2017, le nombre de lits dédiés aux activités de MCO en court séjour a diminué de près de 26 000, pour atteindre 207 000 lits en 2017. Cette diminution des capacités en hospitalisation complète s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -8 % pour les établissements publics, contre -17 % pour les cliniques privées à but lucratif et -14 % pour les établissements privés à but non lucratif. Cependant, ces écarts d'évolution ont une incidence réduite sur la répartition globale des lits entre les différents secteurs : en 2017, les établissements publics concentrent 68 % du total des lits en MCO, contre 66 % en 2005.

33 000 places d'hospitalisation partielle en MCO en 2017

Le développement de l'hospitalisation partielle est particulièrement important en MCO. En 2017, près de 33 000 places sont dédiées à ce mode de prise en charge, contre 20 000 en 2005. Un peu plus d'un tiers d'entre elles sont des places de chirurgie ambulatoire ou d'anesthésie dans les établissements privés à but lucratif et un peu moins d'un tiers sont des places de médecine dans les hôpitaux publics (*tableau 1*).

Une progression plus modérée de l'hospitalisation partielle

Parallèlement aux capacités d'accueil, la prise en charge en hospitalisation partielle (sans nuitée), mesurée en nombre de séjours, est très dynamique depuis une dizaine d'années et a augmenté de 25,5 % tous secteurs confondus entre 2008 et 2016, sous l'impulsion du virage ambulatoire en chirurgie. Sur longue période, la progression de

l'hospitalisation partielle est davantage le fait des cliniques privées. En 2017, l'hospitalisation partielle en court séjour continue de progresser mais à un rythme ralenti de 2,3 %, après 6,0 % en 2016, pour atteindre 7,7 millions de séjours (*tableau 2*).

L'essor de la chirurgie ambulatoire (+5,6 % en 2017) est sensible dans tous les secteurs. En 2017, un peu moins des deux tiers des séjours de chirurgie ambulatoire sont réalisés dans les cliniques privées.

En revanche, les prises en charge ambulatoires en médecine ont nettement ralenti en 2017 : le nombre de séjours de médecine en hospitalisation partielle n'a augmenté que de 0,5 % (0,1 % pour les séjours en hospitalisation complète). C'est notamment lié au léger repli des prises en charges ambulatoires pour des techniques peu invasives (-0,2 %, après +7,1 % en 2016). La médecine reste toutefois l'activité principale des établissements publics : 70,0 % de l'ensemble de leurs séjours (en hospitalisation partielle et complète) relèvent de cette discipline (*graphique 1*).

Baisse du nombre de séjours en hospitalisation complète en MCO

Le volume d'activité en hospitalisation complète (comprenant au moins une nuitée) s'établit à 10,3 millions de séjours en 2017, en baisse de 0,9 % après deux années de quasi-stabilité (+0,4 % en 2016, après -0,5 % en 2015). Cette baisse concerne aussi bien les établissements publics (-0,5 %) que les cliniques privées (-2,4 %), tandis que dans les établissements privés à but non lucratif, le nombre de séjours reste stable en 2017 (*tableau 2*).

Dans tous les établissements, la diminution du nombre de séjours de chirurgie en hospitalisation

Tableau 1 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2017 selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	98 509	10 198	10 256	1 483	14 738	1 418	123 503	13 099
Chirurgie	30 069	5 285	5 706	1 719	29 123	11 349	64 898	18 353
Gynécologie-obstétrique	12 619	1 056	1 212	58	4 387	168	18 218	1 282
Total	141 197	16 539	17 174	3 260	48 248	12 935	206 619	32 734

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de séjours en 2017 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	
	2017 (en milliers)	Évolution 2016-2017 (en %)	2017 (en milliers)	Évolution 2016-2017 (en %)	2017 (en milliers)	Évolution 2016-2017 (en %)	2017 (en milliers)	Évolution 2016-2017 (en %)
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	5 045	-0,1	527	1,3	1 007	0,6	6 579	0,1
dont séjours de techniques peu invasives	399	2,1	71	2,4	267	3,4	737	2,6
Séjours classés en chirurgie	1 320	-1,5	246	-1,6	1 216	-4,4	2 782	-2,8
Séjours classés en obstétrique	671	-1,5	72	-4,1	198	-4,9	941	-2,4
Total	7 037	-0,5	845	-0,0	2 421	-2,4	10 303	-0,9
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	2 153	0,7	399	1,6	1 910	-0,1	4 462	0,5
dont séjours de techniques peu invasives	668	0,0	245	0,2	1 684	-0,3	2 596	-0,2
Séjours classés en chirurgie	822	6,6	263	5,9	1 884	5,2	2 969	5,6
Séjours classés en obstétrique	214	-1,4	12	-5,0	39	-7,5	265	-2,5
Total	3 189	2,0	673	3,1	3 833	2,4	7 695	2,3

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

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

Sources > ATI, PMSI-MCO 2016-2017, traitements DREES.

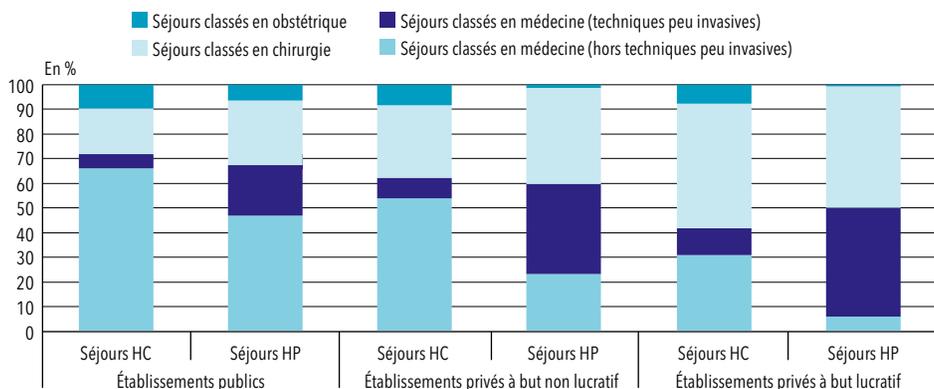
complète se poursuit en 2017. Elle reste plus marquée dans le secteur privé à but lucratif (-4,4 %) que dans les établissements publics (-1,5 %), si bien que les hospitalisations chirurgicales à temps complet sont plus nombreuses dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées pour la troisième année consécutive. En médecine, l'hospitalisation complète est relativement stable en 2017 (+0,1 %) après trois années de hausse (+2,2 % en 2016, après +1,0 % en 2015 et 2014). Cette stabilité reflète non seulement celle observée dans les établissements publics (-0,1 %), qui

prennent en charge plus des trois quarts de ces séjours, mais aussi le ralentissement de cette activité dans les cliniques privées (+0,6 %, après +1,7 % en 2016).

Légère baisse de la durée moyenne de séjour

En 2017, la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est de 5,5 jours, en légère baisse par rapport à 2016 (5,6 jours) [graphique 2]. C'est dans les hôpitaux publics que la DMS est la plus longue (6,0 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la

Graphique 1 Répartition des séjours en MCO selon le statut de l'établissement en 2017

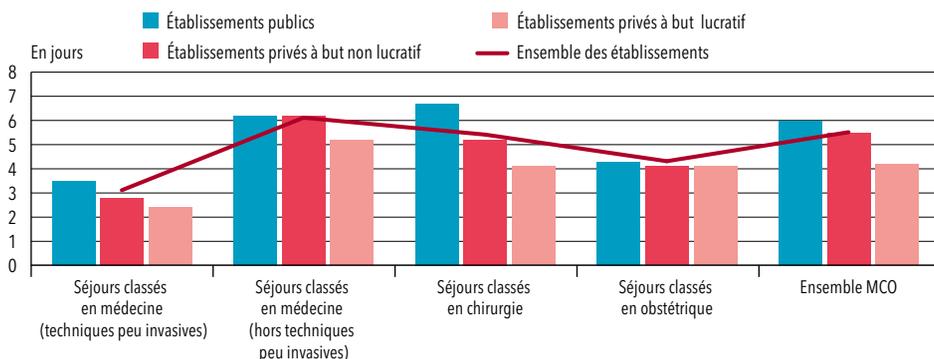


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HC : hospitalisation complète ; HP : hospitalisation partielle.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2017, traitements DREES.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO selon le statut de l'établissement en 2017



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2017, traitements DREES.

plus courte (4,2 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, eux, une position intermédiaire (5,5 jours). Ces différences peuvent s'expliquer, en partie, par la diversité de la patientèle et des prises en charge. Les écarts sont notables en chirurgie (DMS

de 6,7 jours dans le secteur public, contre 4,1 jours dans les établissements privés à but lucratif). En obstétrique, en revanche, les différences sont moins marquées : 4,3 jours dans le secteur public, contre 4,1 jours dans le privé à but non lucratif. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2017 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Sources

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

Définitions

> **Capacités d'accueil des établissements de santé** : elles sont connues *via* la SAE et réparties en fonction des caractéristiques de l'unité d'hospitalisation à laquelle elles appartiennent (voir fiche 2, « Les capacités d'accueil à l'hôpital »).

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

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

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

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

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

Trois âges de la vie sont particulièrement affectés par des hospitalisations plus fréquentes (*graphique 1*). En 2017, 391 300 séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) correspondent à des hospitalisations de nourrissons, soit 2,2 % des séjours à temps complet et partiel, alors qu'ils ne représentent que 1,1 % de la population. Le deuxième pic d'hospitalisation est lié à la grossesse et concerne les femmes en âge de procréer, entre 15 et 44 ans. Néanmoins, c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement : 40 % des séjours en MCO concernent des personnes de 65 ans ou plus. Par ailleurs, les taux d'hospitalisation des hommes en MCO sont plus élevés que ceux des femmes avant 15 ans et à partir de 50 ans.

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

Depuis 2001, il est possible de suivre les différents séjours hospitaliers d'un même patient à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En 2017, le nombre de patients hospitalisés en MCO en France métropolitaine et dans les DROM a ainsi été évalué à 11,5 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 6,4 millions de femmes et 5,1 millions d'hommes. Ainsi, 17 % de la population française connaissent une hospitalisation en MCO au moins une fois dans l'année, les 83 % restants n'étant pas hospitalisés ou hospitalisés ailleurs qu'en MCO. Un patient est hospitalisé en moyenne 1,5 fois au cours de l'année. En effet, si la majorité des patients (71 %) ne sont hospitalisés qu'une seule fois, 18 % l'ont été deux fois et 11 % trois fois ou plus. Les recours multiples à l'hôpital ne touchent pas toutes les classes d'âge de manière uniforme.

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

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

Parmi les plus de 3 millions d'hospitalisations réalisées en Île-de-France en 2017, 7,9 % concernent des personnes originaires d'autres régions, essentiellement limitrophes. Ainsi, 1,9 % vient des Hauts-de-France (59 000 patients), 1,6 % de la région Centre-Val de Loire (50 000 patients) et 0,9 % de Normandie (28 000 patients). Cela s'explique notamment par la forte attractivité de Paris et du Val-d'Oise pour les habitants de l'Oise, ou encore du département des Yvelines pour les habitants d'Eure-et-Loir et de l'Eure. De la même manière, 6,6 % des personnes hospitalisées dans les Pays de la Loire (67 000 patients) ne résident pas dans cette région. Les établissements de la Sarthe s'avèrent en effet particulièrement attractifs pour les habitants de l'Orne et d'Eure-et-Loir, et ceux de Maine-et-Loire pour les habitants des Deux-Sèvres.

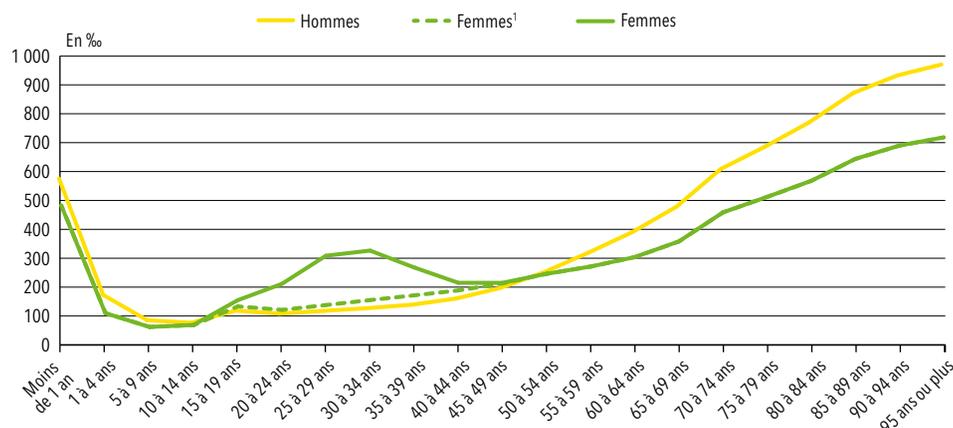
Nourrissons et personnes âgées sont principalement pris en charge par les hôpitaux publics

La prise en charge médicale des gastro-entérites et des affections du tube digestif constitue un exemple de la différenciation du recours aux hôpitaux publics et aux cliniques privées selon l'âge. Pour ces pathologies, plus de neuf nourrissons et enfants en bas âge sur dix sont reçus par les hôpitaux publics (*graphique 3*). La part de ces établissements diminue progressivement ensuite et s'établit aux alentours de 58 % pour les patients âgés de 25 à 84 ans.

Pour cette même tranche d'âge, les cliniques privées à but lucratif accueillent moins d'un tiers des patients. Au-delà de 84 ans, la part des hôpitaux publics dans l'accueil des patients atteints de ces pathologies augmente de nouveau. Cette répartition, caractéristique de la spécialisation des établissements par type de patientèle, se confirme en analysant l'ensemble

des recours à l'hôpital par groupe d'âge : aux deux périodes extrêmes de la vie, les séjours pour soins aigus sont surtout réalisés dans le secteur public. Toutes pathologies confondues, la part des enfants de moins de 5 ans pris en charge par le secteur public s'élève à 79 % (88 % pour les moins de 1 an) et celle des personnes âgées de 85 ans ou plus à 70 %.

Graphique 1 Taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée (MCO) des établissements de santé en 2017



MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

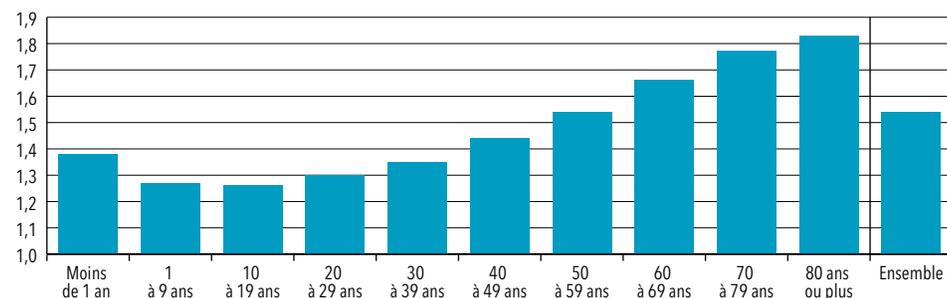
1. Sont exclues les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10^e révision).

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

Graphique 2 Nombre moyen d'hospitalisations des personnes hospitalisées en 2017, par classe d'âge

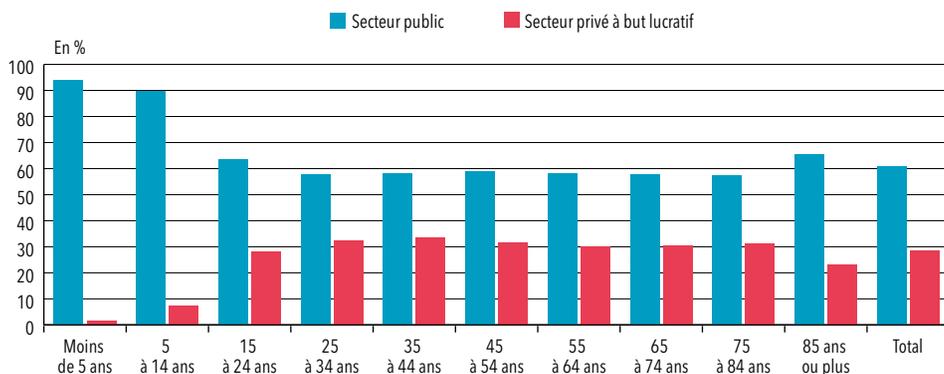


Note > Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère sont exclus.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2017, traitements DREES.

Graphique 3 Prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2017, dans les secteurs public et privé à but lucratif



Lecture > 94,1 % des gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge par le secteur public, contre 1,8 % par le secteur privé à but lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2017 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Sources

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

Définitions

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

En 2017, les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients, tous âges et tous sexes confondus, hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en France, sont les maladies de l'appareil digestif, suivies par les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire.

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

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

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

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

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

Dans la classe d'âge des 15-44 ans, les motifs de recours les plus fréquents sont liés à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité (25 % pour l'ensemble de la classe d'âge, en raison du poids élevé de ces recours dans la population féminine) et aux maladies de l'appareil digestif (16 %). Suivent les lésions dues aux traumatismes et autres causes externes (8 %), puis les séjours pour surveillance,

prévention ou autres facteurs influant sur l'état de santé (7 %) et ceux pour maladies de l'appareil génito-urinaire (7 %).

Pour les femmes, les séjours liés à la maternité représentent 39 % des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), devant les pathologies digestives (13 %) et les maladies de l'appareil génito-urinaire (7 %).

Pour les hommes, les motifs de recours les plus fréquents sont les maladies de l'appareil digestif (22 %), suivies par les traumatismes (15 %) et les maladies du système ostéo-articulaire (10 %).

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

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

Pour les femmes de cette classe d'âge, les motifs d'hospitalisation en court séjour les plus fréquents sont les pathologies digestives (15 %) et tumorales (15 %), suivies par les maladies du système ostéo-articulaire (11 %). Viennent ensuite les séjours pour affections de l'œil et de ses annexes (8 %), pour surveillance, prévention ou autres motifs (8 %), pour bilans de symptômes ou examens anormaux (7 %) et pour maladies de l'appareil circulatoire (7 %).

Pour les hommes, les tumeurs sont le premier motif de recours (16 %), suivies par les maladies de l'appareil digestif (15 %), de l'appareil circulatoire (13 %), du système ostéo-articulaire (8 %) et les bilans pour symptômes ou résultats anormaux d'examen (7 %).

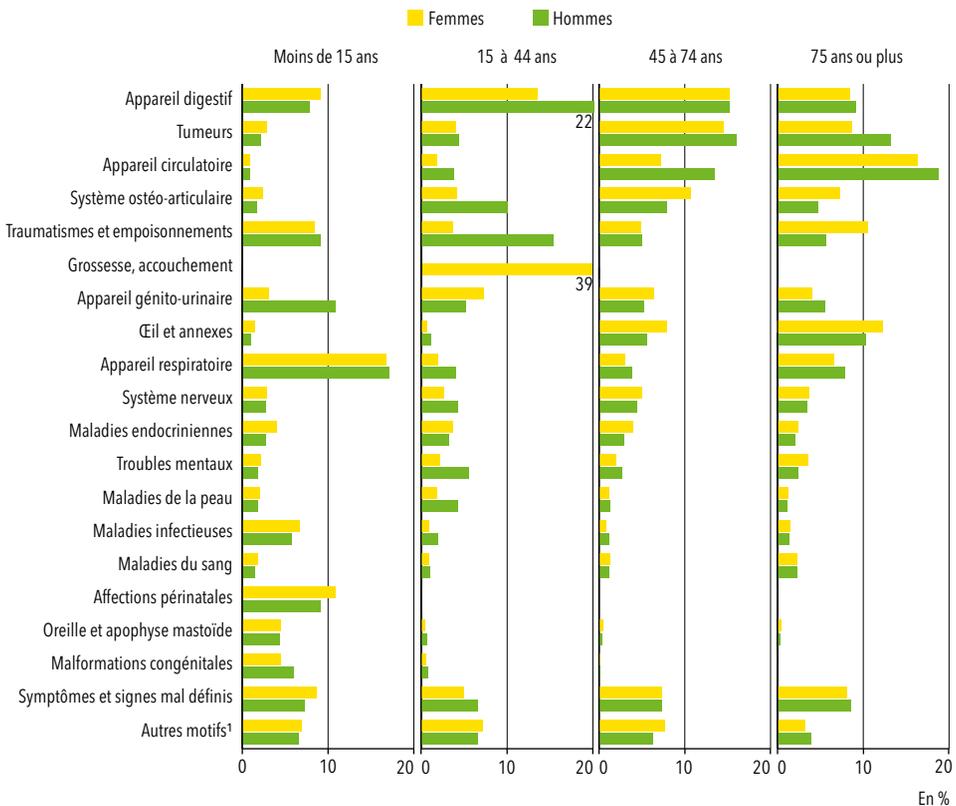
À partir de 75 ans, les premiers motifs de recours sont les maladies de l'appareil circulatoire

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

l'appareil digestif (9 %) et ceux pour symptômes ou anomalies d'examen (8 %).

Pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont la cause de 16 % des recours et celles de l'œil, de 12 %. Les lésions traumatiques, empoisonnements ou autres conséquences de causes externes sont le troisième motif de recours (10 %), plus nombreux, à ces âges, que les recours pour tumeurs (9 %) ou maladies de l'appareil digestif (8 %).

Graphique 1 Répartition des séjours annuels dans les services de soins de courte durée (MCO) selon la pathologie traitée, l'âge et le sexe du patient en 2017



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

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

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

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

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

Pour les hommes, les causes de recours les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (19 %), devant les tumeurs (13 %), les motifs ophtalmologiques (10 %), digestifs (9 %) et les recours pour symptômes ou anomalies d'examen (9 %). ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé, y compris le service de santé des armées (SSA), ayant fonctionné en 2017 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors séances et séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère (ne nécessitant pas de soins médicaux).

Source

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

Méthodologie

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

Définition

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

Pour en savoir plus

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

La spécialisation des établissements de santé selon leur statut juridique s'est poursuivie au cours des dernières années. L'activité de médecine reste ainsi prédominante dans les établissements publics, où elle représente 70 % des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) en 2017, contre 61 % dans les établissements privés à but non lucratif et 47 % 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 2017, les deux tiers des séjours médicaux sont réalisés dans le secteur public

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

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

Un quart des séjours médicaux ont lieu dans les cliniques privées à but lucratif (26 %). Celles-ci prennent en charge 71 % des endoscopies digestives, 46 % des endoscopies génito-urinaires, 49 % des endoscopies bronchiques et 49 % des endoscopies oto-rhino-laryngologiques (ORL). En définitive, environ 1,2 million d'endoscopies sont réalisées dans les cliniques privées, ce qui représente 42 % de l'activité médicale de ces établissements.

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

Ces endoscopies et cathétérismes vasculaires sont souvent réalisés en ambulatoire, d'où la part importante des séjours médicaux de moins de un jour dans les cliniques privées à but lucratif (65 %). Cette proportion est plus de deux fois supérieure à celle du secteur public.

Pour chaque domaine d'activité, la part respective des différents secteurs varie selon l'âge des patients, le secteur public accueillant surtout les jeunes enfants et les personnes les plus âgées (voir fiche 11, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : patientèle »).

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

Seuls 8 % de l'activité médicale relèvent du secteur privé à but non lucratif, qui comprend notamment les centres de lutte contre le cancer (CLCC). 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 – notamment les greffes de moelle osseuse, dont ils assurent 18 % des prises en charge – et les

chimiothérapies et radiothérapies réalisées en hospitalisation complète (26 % des prises en charge). La part de l'ambulatorio dans l'activité médicale des établissements privés à but non lucratif s'élève à 43 %.

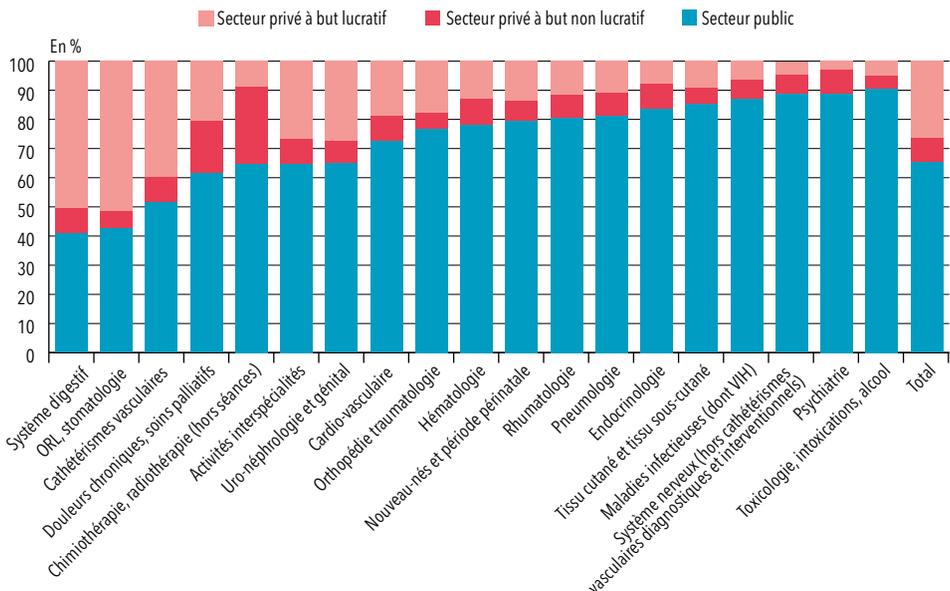
Volumes d'activité et parts de prises en charge par secteur sont globalement stables

Hospitalisations complètes et partielles confondues, le nombre de séjours de médecine augmente de 0,2 % en 2017 (tableau 1). Les évolutions restent cependant contrastées suivant les spécialités : la hausse du nombre de séjours atteint ainsi 6,5 % pour les prises en charge des cathétérismes vasculaires, 5,2 % pour les traumatismes multiples graves ou complexes et 4,8 % pour la prise en charge des douleurs chroniques et les soins palliatifs. Enfin, en raison de la baisse du nombre d'accouchements en 2017, l'activité de prise

en charge des affections médicales du nouveau-né diminue fortement (-5,7 %).

La légère hausse du nombre de séjours de médecine en 2017 reste portée par le développement de la médecine ambulatoire, même si le nombre d'hospitalisations de moins d'un jour ne progresse que de 0,3 %. Leur progression s'observe dans le secteur privé à but non lucratif (+1,6 %) et dans le public (+0,7 %). À l'opposé, l'activité de médecine ambulatoire recule dans les établissements privés à but lucratif (-0,4 %). Entre 2016 et 2017, les poids des différents secteurs sont globalement stables, toutes prises en charge médicales confondues. Cependant, la part du secteur public augmente de presque 6 points en 2017 pour les injections de toxine botulique (en ambulatoire) pour traitement des complications de certaines maladies neurologiques graves, au détriment principalement du secteur privé à but lucratif. ■

Graphique 1 Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2017



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

Lecture > 40,9 % de l'activité médicale digestive sont pris en charge par le secteur public, contre 50,4 % par le secteur privé à but lucratif et 8,7 % par le secteur privé à but non lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2017, traitements DREES (données révisées le 9 juillet par rapport à l'édition mise en ligne le 3 juillet).

Tableau 1 Répartition des prises en charge médicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2017

	Nombre de séjours ¹	Évolution 2016-2017 du nombre de séjours (en %)	Part des établissements publics (en %)	Part des établissements privés à but non lucratif (en %)	Part des établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble de l'activité médicale	11 030 626	0,2	65,3	8,4	26,4
Système digestif, dont :	2 672 277	-0,4	40,9	8,7	50,4
endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	1 084 278	0,9	19,1	9,8	71,1
symptômes digestifs	226 533	-2,1	74,6	6,9	18,5
Cardiologie, dont :	946 797	0,4	72,4	8,8	18,8
cardiopathies, valvulopathies	233 421	0,7	80,7	6,6	12,7
troubles du rythme/conduction	108 170	-1,7	71,7	7,1	21,2
Pneumologie, dont :	914 387	0,4	81,2	7,7	11,1
infections respiratoires	342 481	0,8	83,5	7,0	9,4
bronchites, bronchiolites et asthme	192 188	0,1	88,1	5,6	6,3
Activités interspécialités	926 456	1,4	64,8	8,4	26,8
Système nerveux, dont :	820 911	-2,5	88,7	6,5	4,7
accidents vasculaires cérébraux	182 168	-0,5	91,6	4,6	3,8
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	639 833	-1,9	64,9	7,6	27,5
infections des reins et des voies urinaires, lithiases	185 579	-0,4	76,7	7,1	16,2
endoscopies génito-urinaires avec ou sans anesthésie	106 938	-11,8	44,3	9,9	45,8
ORL, stomatologie	561 448	0,2	42,5	5,9	51,6
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	567 977	6,5	51,5	8,8	39,7
Endocrinologie, dont :	386 696	0,7	83,6	8,5	7,9
diabète	96 094	-0,1	86,4	7,4	6,2
troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	135 118	2,7	77,7	8,1	14,3
Toxicologie, intoxications, alcool	362 666	1,8	90,5	4,4	5,1
Rhumatologie, dont :	360 181	-0,1	80,6	7,6	11,9
maladies osseuses et arthropathies	182 718	-1,7	76,8	7,3	15,9
Hématologie	316 805	-0,2	78,2	8,8	13,0
Psychiatrie, dont :	303 711	1,3	88,8	8,2	2,9
névroses, psychoses et autres troubles mentaux	164 478	2,8	92,3	4,8	2,9
Tissu cutané et tissu sous-cutané	239 050	-0,5	85,2	5,7	9,1
Chimiothérapie, radiothérapie (hors séances)	220 002	-3,1	64,8	26,4	8,8
Nouveau-nés	164 574	-5,1	79,5	6,7	13,8
Orthopédie, traumatologie	186 494	2,9	76,8	5,5	17,7
Douleurs chroniques, soins palliatifs	195 555	4,8	61,4	18,0	20,6
Maladies infectieuses (dont VIH)	127 201	-2,0	87,0	6,4	6,6

1. Sont inclus uniquement les séjours avec un diagnostic renseigné. En 2017, 10 044 séjours n'ont pas de diagnostic renseigné en médecine.

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016-2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2017 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les techniques peu invasives (environ 3,3 millions de séjours) sont ici intégrées aux séjours de médecine. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Source

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

Méthodologie

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

Définitions

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

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

Pour en savoir plus

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

> **Evain, F.** (2011, novembre). Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009. DREES, *Études et Résultats*, 785.

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

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

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

Bien qu'ils ne totalisent que 37 % de l'activité de chirurgie en 2017, les hôpitaux publics ont la quasi-exclusivité de certains domaines d'activité (graphique 1), notamment pour les prises en charge les plus complexes comme la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (97 %), les transplantations d'organes (96 %) ou la chirurgie réparatrice après brûlures (93 %), dont les greffes de peau. Les autres interventions majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, comme la chirurgie du système nerveux central (88 %) [tableau 1]. Par ailleurs, une intervention d'ophtalmologie sur quatre est réalisée dans les établissements publics ; cette part est beaucoup plus élevée pour les interventions lourdes (44 %), comme celles sur l'orbite (64 %). De la même manière, en chirurgie orthopédique, la part du secteur public est de 37 %, mais elle s'élève à 61 % pour les amputations. En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements publics n'est que de 38 %.

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

La chirurgie est l'activité principale des établissements privés à but lucratif. Ceux-ci prennent en charge 54 % des séjours chirurgicaux en 2017. La part des cliniques privées est prépondérante dans plusieurs domaines d'activité : elle atteint notamment 67 % pour les interventions ophtalmologiques et 58 % pour la chirurgie ORL et stomatologique. Elles réalisent 67 % des chirurgies de la main et du

poignet, 73 % des arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires, 70 % de la chirurgie de la cataracte, 63 % des amygdalectomies, ablations des végétations et poses de drains transtympaniques, et 68 % des circoncisions hospitalisées. Contrairement aux établissements publics, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est majoritaire (61 %), du fait d'une plus grande spécialisation dans des interventions peu complexes.

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

En 2017, les établissements privés à but non lucratif assurent 9 % du total de l'activité chirurgicale. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Comme pour la médecine (voir fiche 12, « La spécialisation en médecine »), l'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses. Ces établissements réalisent 15 % de l'activité de chirurgie gynécologique et même 32 % des traitements chirurgicaux des tumeurs malignes du sein. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale atteint 52 %.

Le volume de séjours reste porté par l'ambulatoire en 2017

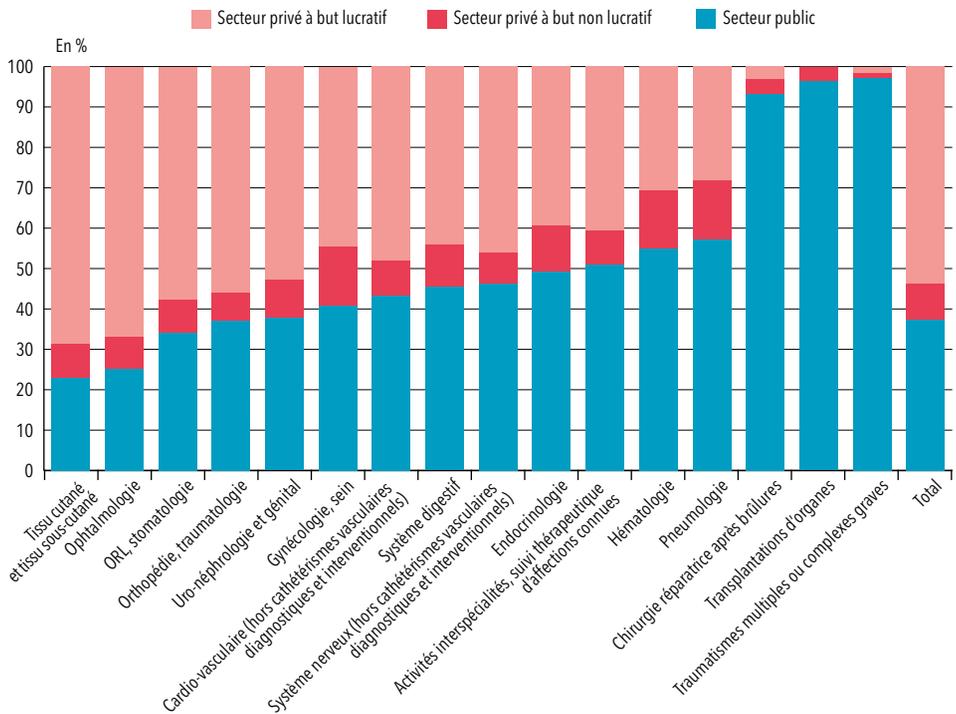
En 2017, le nombre global de séjours chirurgicaux continue d'augmenter, à un rythme ralenti cependant (+1,2 %, après +2,0 % en 2016), mais des évolutions contrastées sont observées selon les domaines d'activité. Ainsi, l'activité reste dynamique pour la chirurgie du système nerveux (+4,1 %) et pour la transplantation d'organes (+4,6 %), même si pour cette dernière le nombre de séjours reste limité.

À l'inverse, le nombre de séjours diminue sensiblement en chirurgie réparatrice après brûlures (-4,1 %) et en endocrinologie (-3,7 %).

La hausse globale des volumes d'activité est portée par une croissance forte de la chirurgie ambulatoire (+5,5 %), quel que soit le secteur (+4,9 % pour le secteur privé à but lucratif, +5,9 % pour le privé à but non lucratif et +6,6 % pour le public), tandis que le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue (-2,9 %). Ces évolutions n'affectent pas la répartition des séjours

entre secteurs qui reste stable entre 2016 et 2017, toutes activités chirurgicales confondues. Toutefois, pour les interventions de chirurgie gynécologique et du sein, et plus particulièrement la chirurgie des tumeurs malignes de l'appareil génital féminin, la part du secteur public baisse de presque 2 points, en faveur du secteur privé à but lucratif, contrairement à la chirurgie réparatrice après brûlures, dont la part du secteur public augmente de presque 3 points au détriment du secteur privé à but non lucratif. ■

Graphique 1 Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2017



Lecture > 25,1 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie sont pris en charge par le secteur public, contre 67,0 % par le secteur privé à but lucratif et 7,9 % par le secteur privé à but non lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2017, traitements DREES.

Tableau 1 Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2017

	Nombre de séjours ¹	Évolution 2016-2017 (en %)	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble de l'activité chirurgicale	5 742 719	1,2	37,3	8,9	53,8
Orthopédie et traumatologie, dont :	1 563 126	1,3	37,1	6,9	56,0
chirurgie main, poignet	372 898	2,0	26,5	6,6	66,9
chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur, genou)	367 214	3,0	43,9	8,2	47,9
arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	254 388	-0,4	19,9	7,0	73,2
chirurgie du membre supérieur	116 687	1,4	59,4	5,0	35,6
amputations	13 037	1,6	61,0	7,1	31,9
Ophthalmologie, dont :	1 028 899	-0,4	25,1	7,9	67,0
cataractes	849 600	2,6	22,2	7,8	70,0
chirurgie ophtalmique lourde	82 897	1,8	44,0	7,8	48,3
Système digestif, dont :	751 914	-0,2	45,4	10,5	44,1
hernies	222 464	1,8	40,1	10,9	49,0
cholécystectomies	116 019	-0,7	47,5	9,6	42,9
appendicectomies	67 576	-1,2	64,8	6,6	28,6
Gynécologie - sein, dont :	495 882	2,6	40,8	14,5	44,6
chirurgie utérus/annexes	170 548	5,0	47,7	8,5	43,8
chirurgie pour tumeurs malignes du sein	78 809	0,8	30,4	31,9	37,7
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	522 087	2,8	37,7	9,6	52,8
chirurgie transurétrale, autres	228 232	5,6	39,9	10,1	50,1
circoncisions	91 820	-1,7	25,5	6,8	67,8
ORL, stomatologie, dont :	366 142	-1,7	34,1	8,1	57,8
amygdalectomie, ablation des végétations et pose de drains transtympaniques	159 536	-5,1	29,0	8,1	62,9
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	317 236	-0,7	43,4	8,6	48,0
Chirurgie interspécialités	181 753	0,6	51,0	8,2	40,9
Tissu cutané et tissu sous-cutané	198 806	2,5	22,9	8,3	68,8
Système nerveux, dont :	171 447	4,1	46,3	7,6	46,1
chirurgie rachis/moelle	131 105	4,8	34,4	8,1	57,5
chirurgies système nerveux central	27 640	0,9	88,2	5,5	6,3
Endocrinologie	63 864	-3,7	49,2	11,3	39,5
Pneumologie	37 674	0,8	57,3	14,4	28,4
Hématologie	28 569	-1,2	54,9	14,3	30,8
Traumatismes multiples ou complexes graves	6 323	3,4	97,1	1,2	1,7
Transplantations d'organes	5 895	4,6	96,3	3,7	0,0
Chirurgie réparatrice après brûlures	3 102	-4,1	93,3	3,7	3,0

1. Sont inclus uniquement les séjours avec un diagnostic renseigné. En 2017, 8 240 séjours n'ont pas de diagnostic renseigné en chirurgie.

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016-2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2017 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Source

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

Méthodologie

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

Définitions

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

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

Pour en savoir plus

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

> **Evain, F.** (2011, novembre). Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009. DREES, *Études et Résultats*, 785.

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

En 2017, en France métropolitaine et dans les DOM, 1,2 million de séjours ont eu lieu en obstétrique. Les accouchements, dont le nombre a diminué de plus de 16 000 entre 2016 et 2017, représentent 63 % de ces séjours. 70 % d'entre eux 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 74 % de l'activité d'obstétrique et 70 % des accouchements (tableau 1). La majeure partie des accouchements par voie basse avec complications (80 %) ont lieu dans le secteur public. Cette situation résulte de la spécialisation des maternités. La plus grande partie des maternités de type 2 et 3, destinées à prendre en charge les accouchements à risque pour la patiente ou le nouveau-né, appartiennent au secteur public (voir fiche 25 « La naissance : caractéristiques des accouchements »).

Les établissements publics accueillent également 78 % des affections ante-partum, parmi lesquelles comptent principalement des complications de la grossesse. Ces séjours représentent 16 % de l'activité obstétricale de l'ensemble des établissements. Les affections post-partum, elles, sont prises en charge à hauteur de 81 % par les établissements publics, mais représentent seulement 1 % de l'activité obstétricale, tous établissements confondus.

Les interruptions médicales de grossesse (IMG) interviennent lorsque le fœtus est atteint d'une affection particulièrement grave et incurable, ou que la grossesse met en jeu la vie de la mère ; elles peuvent être réalisées tout au long de la grossesse. Les IMG sont considérées comme des accouchements à partir de 22 semaines d'aménorrhée (SA) et comme des avortements pour raison médicales avant ce seuil. Les interruptions de grossesse avant 22 SA (IMG ou fausses couches spontanées) sont prises en charge dans le secteur public dans 67 % des cas. En outre, 66 % d'entre elles se font en ambulatoire (séjour de moins d'un jour).

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

la femme, sans avoir à en justifier le motif. Elles sont autorisées jusqu'à 14 SA (ou 12 semaines de grossesse). La quasi-totalité des IVG réalisées à l'hôpital le sont en ambulatoire (98 %). La part du secteur public y est prépondérante, puisqu'il prend en charge 85 % des IVG (voir fiche 27 « Les interruptions volontaires de grossesse »).

20 % de l'activité d'obstétrique réalisée dans les cliniques privées

Au fil des années, la part des accouchements pratiqués dans le secteur privé à but lucratif a progressivement baissé, pour s'établir à 22 % en 2017 (27 % en 2009). Ce secteur réalise 22 % des accouchements par voie basse sans complications, 14 % des accouchements par voie basse avec complications et 24 % des accouchements par césarienne. Les cliniques privées prennent aussi en charge 27 % des IMG, mais seulement 11 % des IVG. Les établissements privés à but non lucratif ont, eux, un poids très faible dans le domaine obstétrical, et ne prennent en charge que 7 % de l'ensemble des séjours d'obstétrique.

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

Entre 2016 et 2017, la part des établissements publics dans l'ensemble des activités obstétricales a continué de progresser (+0,88 point, après +0,74 point en 2016), essentiellement au détriment des cliniques privées. Cette évolution concerne aussi bien les accouchements par voie basse que les IMG. Elle est également très marquée pour les IVG, pour lesquelles la part du secteur public progresse de 1,0 point en 2017, là encore principalement au détriment de celle des cliniques privées. ■

Tableau 1 Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le groupe d'activité en 2017

	Nombre de séjours ¹	Évolution 2016-2017 (en %)	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble des activités obstétricales	1 203 872	-2,6	73,5	7,0	19,6
Accouchements², dont :	759 140	-2,1	70,0	8,2	21,8
accouchements par voie basse sans complication	542 454	-2,7	69,4	8,4	22,2
accouchements par voie basse avec complications	64 809	3,2	79,7	6,8	13,5
accouchements par césarienne	151 877	-2,3	68,0	7,9	24,1
Affections ante-partum	198 049	-4,5	78,4	5,1	16,5
Affections post-partum	14 486	4,5	81,0	7,2	11,7
Interruptions médicales de grossesse³ ou fausses couches spontanées	63 440	-4,5	66,9	6,6	26,6
Interruptions volontaires de grossesse	168 757	-2,4	85,4	3,8	10,9

1. Dans le tableau sont inclus uniquement les séjours avec un diagnostic renseigné. En 2017, 2 358 séjours n'ont pas de diagnostic renseigné en obstétrique.

2. Y compris accouchements hors établissements et transférés en service obstétrique (environ 4 000 en 2017).

3. Avant 22 semaines d'aménorrhée.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016-2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthode

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2017 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Source

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

Définitions

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

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

Pour en savoir plus

- > **Arnault, S. et Exertier, A.** (2009). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Buisson, G.** (2003, mars). Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. DREES, *Études et Résultats*, 225.
- > **Evain, F.** (2013, octobre). Hospitalisation de court séjour. Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011. DREES, *Études et Résultats*, 854.
- > **Fresson, J., Vanhaesebrouck, A. et Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.
- > **Lombardo, P.** (2008, octobre). La spécialisation des établissements de santé en 2006. DREES, *Études et Résultats*, 664.
- > **Vilain, A.** (2018, septembre). 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1081.

Les plateaux techniques

7 340 salles d'intervention chirurgicale sont réparties dans 980 établissements de santé publics ou privés en France métropolitaine et dans les DOM. Les cliniques y ont recours plus fréquemment, sachant que la chirurgie ambulatoire y est davantage pratiquée. L'organisation de l'activité d'anesthésie est liée aux types d'activités développées : interventions chirurgicales plus ou moins complexes, endoscopies, radiologies interventionnelles, etc. L'utilisation de ces salles varie selon le statut, public ou privé, de l'établissement.

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

En 2017, 7 340 salles d'intervention chirurgicale sont réparties dans 980 établissements de santé (*tableau 1*). 47 % d'entre elles sont implantées dans les cliniques privées alors que ces dernières enregistrent 54 % des séjours chirurgicaux, les interventions par salle y étant plus nombreuses que dans les établissements publics. Ce constat peut s'expliquer, entre autres, par la part plus importante de l'activité de chirurgie ambulatoire dans les établissements privés à but lucratif. Cette activité est réalisée au cours d'une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes presque exclusivement programmés. Tandis que les cliniques privées réalisent 63 % de la chirurgie ambulatoire (notamment la chirurgie de la cataracte, la chirurgie ORL, l'arthroscopie, etc.), les établissements publics, eux, prennent en charge des actes plus complexes avec des temps d'intervention plus longs (voir fiche 13, « La spécialisation en chirurgie »). Ces établissements disposent également plus souvent de structures d'urgences et de salles chirurgicales dédiées à l'urgence (ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7).

En 2017, 1 660 salles sont dédiées à la surveillance postinterventionnelle

L'activité anesthésique est associée à l'activité chirurgicale (6,6 millions d'actes chirurgicaux

requérant une anesthésie sont recensés en 2017), mais elle ne s'y limite pas. Des actes d'obstétrique (hors salles de travail), des explorations (endoscopies), des activités interventionnelles sous imagerie ou des radiologies interventionnelles sont aussi pratiqués sous anesthésie. En 2017, 610 salles dédiées aux actes d'obstétrique (hors salles de travail), 840 salles d'activités interventionnelles sous imagerie, 1 500 salles dédiées aux endoscopies et 480 salles dédiées à d'autres interventions ou explorations, avec ou sans anesthésie, sont ainsi recensées. Au total, 3 400 salles destinées à des interventions ou des explorations hors chirurgie sont ainsi dénombrées.

Ces salles, ainsi que les salles d'intervention chirurgicale, sont réparties en différents lieux au sein des établissements, en fonction de l'environnement nécessaire aux actes réalisés. Après toute intervention sous anesthésie, une surveillance en continu des patients dans une salle de surveillance postinterventionnelle est obligatoire. Le nombre de salles de surveillance postinterventionnelle s'élève à 1 660 pour 14 500 postes de réveil (*tableau 2*), soit neuf postes par salle en moyenne. 45,6 % des salles de surveillance se situent dans des établissements publics, 44,0 % dans des cliniques privées et 10,4 % dans des établissements privés à but non lucratif. ■

Tableau 1 Les plateaux techniques de chirurgie en 2017

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	CHR	Autres CH			
Nombre d'établissements disposant d'au moins une salle d'intervention chirurgicale ¹	99	334	98	450	981
Nombre de salles d'intervention chirurgicale ¹ , dont :	1 502	1 712	669	3 459	7 342
nombre de salles destinées à la chirurgie classique ²	1 419	1 612	635	3 179	6 845
Nombre de séjours chirurgicaux en hospitalisation complète ou partielle	933 450	1 209 063	508 925	3 099 521	5 750 959

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.

1. Hors obstétrique.

2. Peu de salles sont dédiées uniquement à la chirurgie ambulatoire, réalisée la plupart du temps dans des salles mixtes (chirurgie classique et chirurgie ambulatoire).

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2017, traitements DREES pour le nombre de séjours ; DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Tableau 2 L'activité d'anesthésie en 2017

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	CHR	Autres CH			
Nombre de salles de surveillance postinterventionnelle, y compris celles dédiées à la chirurgie ambulatoire	309	445	173	728	1 655
Nombre de postes de réveil, y compris ceux dédiés à la chirurgie ambulatoire	2 647	3 527	1 378	6 959	14 511

CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier.

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). La refonte de la SAE a modifié le mode de collecte de l'information sur les sites opératoires et les salles d'intervention. Cette modification entraîne une rupture de série entre les résultats de l'année 2012 concernant le nombre de salles d'intervention chirurgicale et ceux des années ultérieures. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.



Définitions

> **Statuts juridiques des établissements et grandes disciplines d'équipement** : voir l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

> **Séjours chirurgicaux** : les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie sont classés en fonction du calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades (GHM) du séjour. L'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et la date de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché.

> **Surveillance postinterventionnelle et postes de réveil** : le décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994, relatif à la pratique de l'anesthésie, a rendu obligatoire la surveillance continue après l'intervention. Elle se pratique dans les salles de surveillance postinterventionnelle à proximité des sites où sont réalisées les anesthésies. Une salle de surveillance postinterventionnelle comprend au minimum quatre postes de réveil.

> **Endoscopie** : elle consiste à introduire une caméra (ou endoscope) dans un conduit ou une cavité de l'organisme.

> **Radiologie interventionnelle** : elle permet au médecin de réaliser des actes diagnostiques ou thérapeutiques (ponction-biopsie, évacuation d'un hématome) tout en étant guidé par l'imagerie.

Pour en savoir plus

> **D'Autume, C., Dupays, S., Perlberg, J., Bert, T., Hausswalt, P. et Weill, M.** (2014, juillet). *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France (MAP)*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas).

Les appareils d'imagerie sont une composante importante des plateaux techniques des établissements de santé publics et privés à but non lucratif. Les progrès techniques et le coût des nouveaux appareils, plus performants, sont à l'origine d'une concentration et d'un partage des équipements. Dans les cliniques privées à but lucratif, ces équipements sont plus difficiles à recenser.

En 2017, 2 322 salles de radiologie conventionnelle, numérisée ou non, sont réparties dans 817 établissements de santé publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DROM (Mayotte incluse), y compris le service de santé des armées (SSA)¹ [tableau 1]. Il existe également 332 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies, réparties dans 176 établissements.

Certains équipements lourds en matière d'imagerie, tels que les scanners, les appareils d'imagerie à résonance magnétique (IRM) ou les caméras à scintillation, sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé. 532 établissements publics ou privés à but non lucratif déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 731 appareils – dont 684 exploités par l'établissement lui-même². L'ensemble des appareils sont situés pour 87 % dans le secteur public, dont 27 % en centres hospitaliers régionaux (CHR), et pour 3 % dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). 377 établissements possèdent au moins une IRM, soit 546 appareils (dont 501 exploités par l'établissement), situés pour 86 % dans le public (dont 31 % en CHR et la moitié en centre hospitalier) et pour 3 % en CLCC.

Le nombre d'actes de scanners réalisés en établissements des secteurs public et privé à but non lucratif pour les patients hospitalisés dans ces établissements est estimé à 3,0 millions, et le nombre d'actes pour des patients externes à 4,0 millions, hors activité libérale pratiquée dans les établissements publics. Pour les IRM, l'activité est estimée à 0,6 million d'actes pour les patients hospitalisés dans ces établissements et à 2,0 millions pour les patients externes. Enfin, 128 établissements disposent d'une

unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 288 gamma-caméras (dont 265 exploitées par l'établissement), situées pour 45 % en CHR. Par ailleurs, d'autres établissements peuvent accéder à ce matériel dans le cadre de conventions de co-utilisation, le partage des équipements lourds étant encouragé.

Des équipements plus difficiles à quantifier dans les cliniques privées à but lucratif

Les cliniques privées à but lucratif disposent également d'équipements d'imagerie, mais leur comptabilisation dans la SAE n'est pas exhaustive. En effet, la gestion de propriété est différente selon les statuts juridiques des établissements, deux personnes morales pouvant coexister au sein des cliniques privées, l'une correspondant aux activités de soins et l'autre aux activités médico-techniques. Par ailleurs, les cabinets de radiologie sont hors champ, sauf s'ils sont implantés dans les cliniques privées à but lucratif. Par conséquent, si 205 scanners et 170 IRM sont dénombrés dans les cliniques privées en 2017, ces chiffres constituent vraisemblablement un minorant (tableau 2).

Une répartition inégale des équipements selon les départements

Le nombre total d'appareils situés en établissements de santé est probablement plus élevé que la somme des appareils situés en établissements publics et privés à but non lucratif et de ceux déclarés dans la SAE par les établissements privés à but lucratif. Cependant, cette somme permet d'approcher au

1. Dans ces salles de radiologie, les appareils de mammographie, au nombre de 356, ne sont pas comptabilisés.

2. Les autres appareils sont installés sur le site d'un établissement de santé mais détenus et exploités par des cabinets libéraux.

minimum l'équipement situé en établissement de santé dans chaque département.

Le nombre de scanners rapporté à la population s'établit ainsi à 2,8 scanners pour 200 000 habitants pour la France entière. Ce rapport varie de 0,8 à Mayotte et 0,9 dans en Haute-Loire, à 4,9 dans les

Alpes-de-Haute-Provence (carte 1). Pour les IRM, le rapport s'établit à 2,1 appareils pour 200 000 habitants pour la France entière, et varie de 0,7 dans les départements de la Guyane et de la Sarthe à 3,8 à Paris (carte 2). ■

Tableau 1 Équipement en imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en 2017

Types d'équipements	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils présents sur le site (ou de salles pour la radiologie conventionnelle)	Nombre d'appareils présents sur le site et exploités par l'établissement
Scanners	532	731	684
IRM	377	546	501
Caméras à scintillation	128	288	265
Tomographes à émission/caméras à positons	87	109	97
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non ¹	817	2 322	2 238
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	176	332	322

1. Non compris les appareils de mammographie.

Champ > Établissements publics et privés à but non lucratif de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

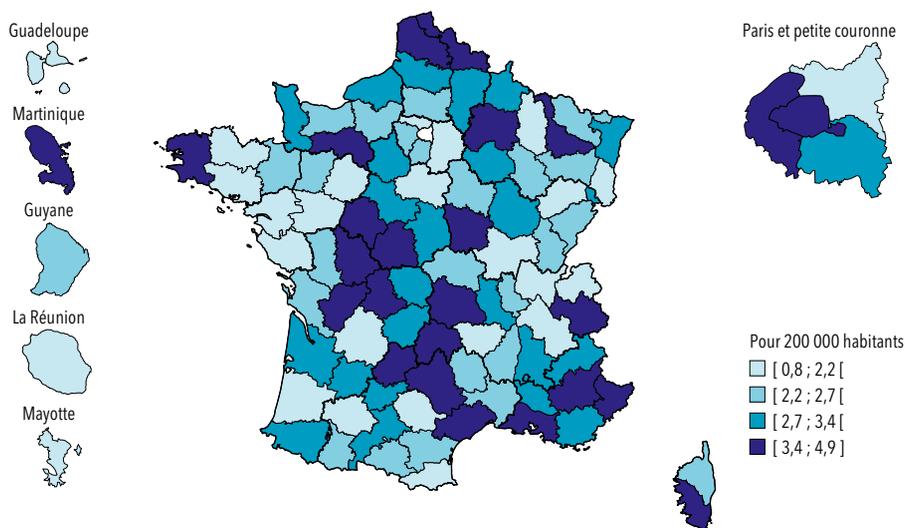
Tableau 2 Équipement en imagerie des établissements privés à but lucratif en 2017

Types d'équipements	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils présents sur le site (ou de salles pour la radiologie conventionnelle)
Scanners	177	205
IRM	128	170
Caméras à scintillation	32	66
Tomographes à émission/caméras à positons	12	12
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non ¹	242	571
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	76	140

1. Non compris les appareils de mammographie.

Champ > Établissements privés à but lucratif de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

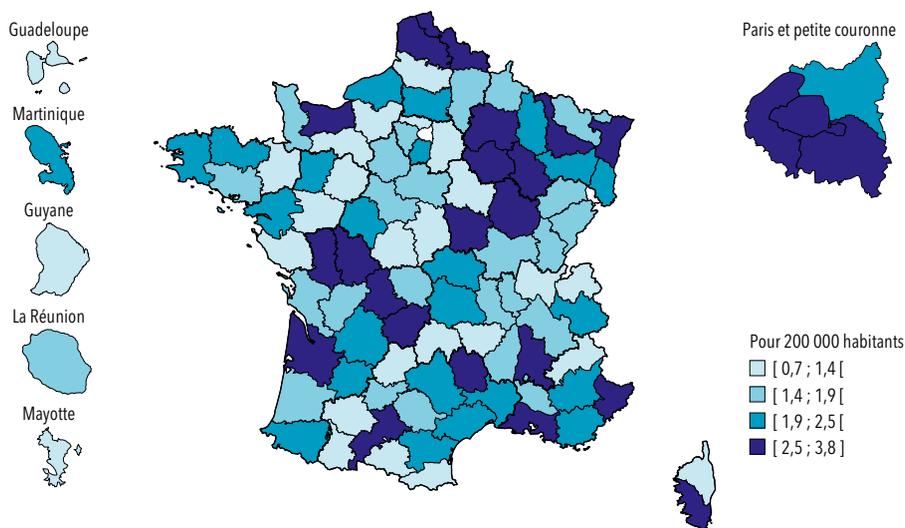
Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Carte 1 Nombre de scanners pour 200 000 habitants du département en 2017

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

Carte 2 Nombre d'IRM pour 200 000 habitants du département en 2017

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Sont comptabilisés les équipements d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les cabinets de radiologie sont hors champ, sauf s'ils sont implantés dans les cliniques privées, auquel cas ils sont normalement recensés dans la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). L'équipement des cliniques privées à but lucratif est donné à titre indicatif en raison d'une sous-déclaration importante concernant ces établissements.

Source

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

Définitions

- > **Radiologie** : cette technique est fondée sur l'utilisation des rayons X.
- > **Radiologie numérisée** : elle représente une amélioration technique par rapport à la radiologie conventionnelle, en raison de l'assistance d'un ordinateur pour la réalisation des films.
- > **Radiologie vasculaire et coronarographie** : les examens des vaisseaux sont réalisés dans des salles spécialisées permettant les injections intravasculaires nécessaires aux angiographies (visualisation des vaisseaux) en toute sécurité. Les coronarographies (visualisation des artères coronaires) peuvent aussi être réalisées dans les salles de radiologie vasculaire sous réserve d'un équipement spécifique.
- > **Scanner ou tomодensitomètre** : il utilise également les rayons X, mais permet de visualiser des tranches d'épaisseurs variables.
- > **Imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM)** : elle utilise les propriétés électromagnétiques du corps humain. Elle met en évidence, sous forme d'images, les contrastes entre différents tissus tels que les os, les muscles ou les tendons.
- > **Caméra à scintillation ou gamma-caméra** : elle est utilisée en médecine nucléaire pour la détection de radioéléments qui permettent d'établir certains diagnostics (isotopes radioactifs de certains éléments naturels, iode, technétium, fluor, etc.).
- > **Tomographe à émission de positons (TEP) ou caméra à positons** : ces équipements sont fondés sur le même principe que la gamma-caméra. Ils constituent une évolution technologique de cette dernière et détectent des positons (ou positrons).

Les autres disciplines hospitalières

La psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extrahospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc. L'offre de soins en établissements de santé se structure autour de trois types de prise en charge : à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. La prise en charge à temps complet s'appuie essentiellement sur les 56 000 lits d'hospitalisation à temps plein, celle à temps partiel sur les 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit. La prise en charge ambulatoire, réalisée majoritairement en centre médico-psychologique, est la plus courante.

Une offre de soins majoritairement publique et spécialisée

En 2017, 611 établissements de santé ont répondu à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour la prise en charge hospitalière en psychiatrie. Ces derniers relèvent de structures de prise en charge variées : centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATT), hôpitaux de jour, etc. (voir méthodologie dans l'encadré Sources et méthodes). Plus de la moitié d'entre eux appartiennent au secteur public. Ce dernier dispose par ailleurs de 67 % des capacités d'accueil (lits et places) en hospitalisation, et de la quasi-totalité de l'offre ambulatoire en psychiatrie (tableau 1). L'autre moitié des établissements répondant à la SAE se répartissent à parts égales entre les cliniques privées, qui pour l'essentiel prennent en charge une activité d'hospitalisation à temps plein, et les établissements privés à but non lucratif, dont la plupart assurent des missions de service public hospitalier. L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif. 62 % des établissements dispensant des soins psychiatriques sont monodisciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline. C'est le cas de la quasi-totalité des établissements privés à but lucratif ayant une activité de psychiatrie. En revanche, les établissements pluridisciplinaires sont en grande majorité des établissements publics.

Une prise en charge réalisée en grande partie en soins ambulatoires

Les patients en psychiatrie sont le plus souvent traités dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire : 80 % des patients reçus au moins une fois dans l'année le sont exclusivement sous cette forme. En 2017, plus de 21 millions d'actes ont ainsi été réalisés, notamment dans les 4 503 unités de consultation et centres médico-psychologiques (CMP)¹, considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire. Toutefois, les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux. Ainsi, 14 % des actes sont réalisés dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, 6 % à domicile ou en institutions substitutives au domicile, 5 % en unités d'hospitalisation somatique et 3 % en établissements sociaux, médico-sociaux, ou encore en milieu scolaire ou en centres de protection maternelle et infantile (PMI).

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

Le nombre de places en hôpital de jour et en hôpital de nuit est de 30 000 en 2017, auquel il convient d'ajouter l'activité des 299 ateliers thérapeutiques. Au total, l'activité d'hospitalisation à temps partiel comptabilise 5,1 millions de journées. La psychiatrie infanto-juvénile est caractérisée par une part beaucoup plus importante des prises en charge

1. En 2017, la révision du questionnaire de la SAE conduit à mieux distinguer les unités de consultation des CMP, et donc à revoir à la hausse leur décompte.

Tableau 1 Capacités d'accueil et activité en psychiatrie en 2017

	Psychiatrie générale (GEN)				Psychiatrie infanto-juvénile (INF)				Ensemble de la psychiatrie (GEN + INF)
	Établissements publics	Établissements privés		Total	Établissements publics	Établissements privés		Total	
		à but non lucratif	à but lucratif			à but non lucratif	à but lucratif		
Prises en charge à temps complet									
Hospitalisation à temps plein									
Nombre de lits	33013	6860	13551	53424	1598	377	253	2228	55652
Nombre de journées	10579208	2106973	4756982	17443163	355078	81242	83191	519511	17962674
Placement familial thérapeutique									
Nombre de places	2421	183	-	2604	690	68	-	758	3362
Nombre de journées	608619	46843	-	655462	111912	6097	-	118009	773471
Accueil en centre de postcure									
Nombre de lits	569	677	249	1495	-	-	-	-	1495
Nombre de journées	140713	161871	83297	385881	-	-	-	-	385881
Accueil en appartement thérapeutique									
Nombre de places	803	191	-	994	-	-	-	-	994
Nombre de journées	200069	45834	-	245903	-	-	-	-	245903
Hospitalisation à domicile									
Nombre de places	472	42	15	529	47	-	-	47	576
Nombre de journées	125076	11834	5446	142356	6401	-	-	6401	148757
Accueil en centre de crise¹									
Nombre de places	413	34	20	467	39	8	-	47	514
Nombre de journées	112027	8723	9791	130541	11099	2093	-	13192	143733
Prises en charge à temps partiel									
Hôpital de jour									
Nombre de places	13533	3440	1465	18438	7601	1730	126	9457	27895
Nombre de journées	2390391	600519	504230	3495140	947579	290504	25030	1263113	4758253
Hôpital de nuit									
Nombre de places	771	221	155	1147	70	44	1	115	1262
Nombre de journées	62624	50918	27532	141074	3907	2715	215	6837	147911
Atelier thérapeutique									
Nombre de structures	192	14	-	206	92	1	-	93	299
Nombre de journées	156405	26892	-	183297	30063	1606	-	31669	214966
Prises en charge ambulatoire									
Centre médico-psychologique (CMP)									
Nombre de CMP	1587	207	-	1794	1172	170	-	1342	3136
Nombre d'actes	7767372	998038	-	8765410	3747858	548084	-	4295942	13061352
Unité de consultation des services									
Nombre d'unités	856	139	-	995	335	37	-	372	1367
Nombre d'actes	1368494	122340	-	1490834	350862	25313	-	376175	1867009
Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP)									
Nombre de structures	1079	122	-	1201	637	57	-	694	1895
Nombre d'actes	1982386	318005	-	2300391	662507	77010	-	739517	3039908
Autres formes de prise en charge ambulatoire²									
Nombre d'actes	2398529	333989	-	2732518	322015	20184	-	342199	3074717

CMP : centre médico-psychologique; CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

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

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

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

à temps partiel. Alors qu'en psychiatrie générale, l'activité à temps partiel ne représente que 17 % des journées de prises en charge à temps complet et à temps partiel, elle en représente 66 % en psychiatrie infanto-juvénile. Les places en hôpital de jour et en hôpital de nuit représentent 76 % des capacités d'accueil en hospitalisation (lits et places) en psychiatrie infanto-juvénile, contre 25 % en psychiatrie générale.

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

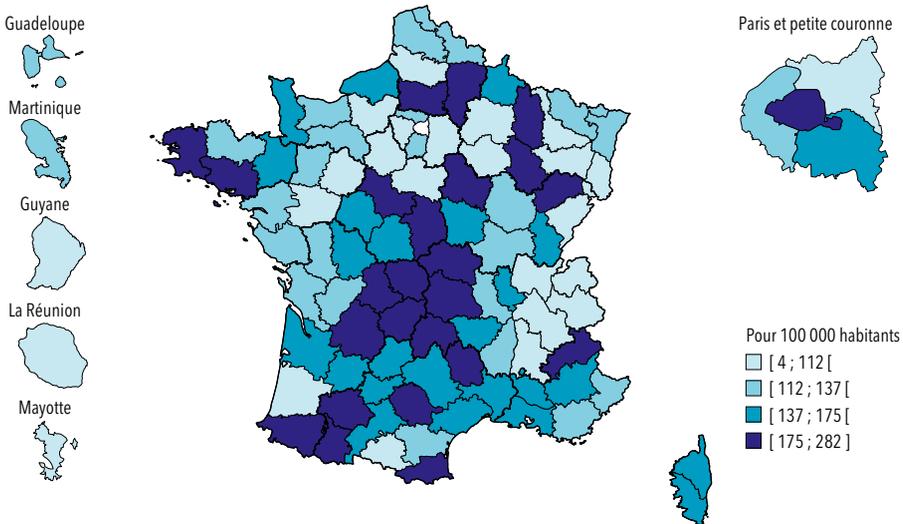
Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ont beaucoup diminué. Cette baisse est toutefois devenue plus modeste depuis 2007 et le nombre de lits installés s'établit à 56 000 en 2017, pour 18,0 millions de journées (18,3 millions de journées en 2016). Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes de prises en charge à

temps complet existent, essentiellement en psychiatrie générale. Ainsi, en 2017, les établissements de santé déclarent disposer de près de 7 000 lits ou places en accueil familial thérapeutique, centres de posture, appartements thérapeutiques, hospitalisation à domicile, centres de crise et structures d'accueil d'urgence. Dans ces structures, 1,7 million de journées de prises en charge ont été réalisées, soit 9 % de l'activité à temps complet en psychiatrie.

Des taux d'équipements variables selon les départements

La densité nationale moyenne d'équipement en lits et en places d'hospitalisation à temps complet ou partiel est de 137 pour 100 000 habitants en 2017 (carte 1). Elle apparaît plus élevée dans les départements ruraux du centre de la France. L'offre de soins ambulatoires présente également de fortes disparités départementales (carte 2). Elle varie de 2 structures pour 100 000 habitants à Mayotte à 28 structures pour 100 000 habitants en Lozère.

Carte 1 Densité de lits et de places d'hospitalisation en psychiatrie en 2017



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

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

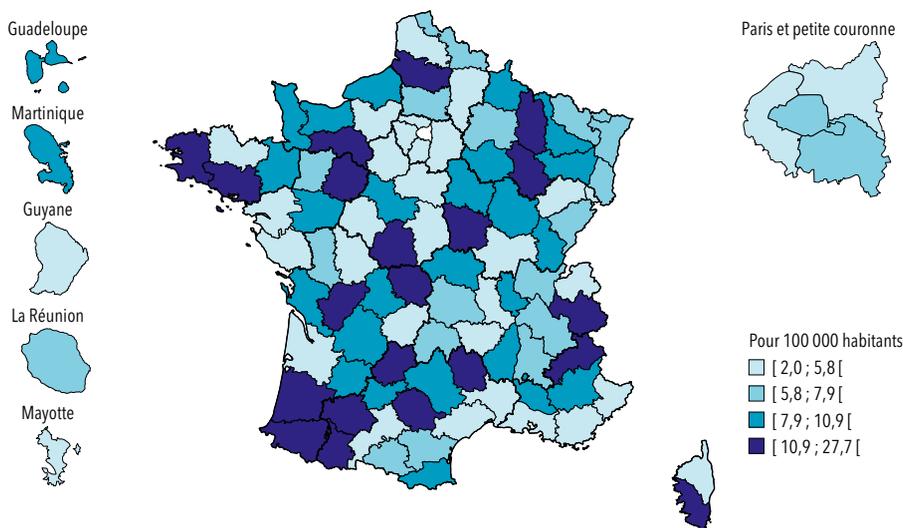
Les soins psychiatriques pour les personnes placées sous main de justice sont principalement effectués dans une unité sanitaire au sein d'un établissement pénitentiaire, les hospitalisations complètes sans consentement peuvent toutefois avoir lieu dans un établissement de santé.

Au sein des établissements pénitentiaires 166 unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) dispensent des soins ambulatoires dont 110 ont effectué des consultations ou des actes en psychiatrie en 2017. Les détenus peuvent aussi bénéficier d'une

hospitalisation de jour dans un des 28 services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

En cas de nécessité, l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie se déroule au sein d'un établissement hospitalier, dans une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Dans le cadre de l'article D398² du Code de procédure pénale l'hospitalisation peut avoir lieu dans une unité pour malades difficiles (UMD) ou encore dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie. Les capacités d'accueil en hospitalisations à temps plein sont de 402 lits en 2017, dont 93 % se trouvent au sein des huit UHSA (tableau 2). ■

Carte 2 Densité de lieux de prise en charge ambulatoire en psychiatrie en 2017



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

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

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

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

Tableau 2 Offre de soins et activité d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie pour les personnes détenues en 2017

Formes de prise en charge	Nombre d'entités géographiques	Capacités d'accueil (en lits)	Activité (en journées)
Au sein des établissements de santé			
Hospitalisation à temps plein	11	402	105 192
dont UHSA	8	375	99 110

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée.

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

Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie et ayant fonctionné en 2017 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) et hors secteur pénitentiaire.

Source

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

Méthodologie

> **Mode d'interrogation des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie** : les entités géographiques ne répondent pas toutes directement à la SAE. Dans le public, une entité géographique est choisie au sein de chaque entité juridique pour transmettre les réponses de tous les établissements du département, en plus des siennes. Dans le privé, si l'entité juridique regroupe des établissements sur plusieurs départements, une entité géographique est choisie dans chaque département pour répondre au nom de tous les autres établissements géographiques. En revanche, l'entité juridique est directement interrogée dans le cas où tous ses établissements sont implantés dans le même département, et elle répond pour tous ses établissements géographiques. Ainsi, 611 établissements ont répondu à la SAE, couvrant au total près de 4 800 entités géographiques. Certaines de ces entités géographiques peuvent proposer simultanément plusieurs formes de prise en charge (hospitalisation à temps plein, ateliers thérapeutiques, unités de consultation, etc.). On dénombre ainsi environ 10 000 lieux de prise en charge en psychiatrie¹.

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

Définitions

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

1. En 2017, la révision du questionnaire de la SAE conduit à mieux distinguer les unités de consultation des CMP, ce qui conduit à revoir à la hausse leur décompte, d'environ 700 lieux de prise en charge.

Pour en savoir plus

- > **Bénamouzig, D. et Ulrich, V. (coord.)** (2016, avril-juin). L'organisation des soins en psychiatrie. *Revue française des affaires sociales*, 2.
- > **Coldefy, M. et Le Neindre, C.** (2014, décembre). *Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique*. Rapport Irdes, 558.
- > Des données sur l'offre de soins en psychiatrie sont disponibles sur le site : <http://santementale.atlas-sante.fr/>

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur de santé publique. En 2017, 2,1 millions de patients ont été suivis en ambulatoire et 422 000 en hospitalisation dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie. L'analyse montre l'existence de populations aux besoins distincts et la persistance de disparités géographiques.

Un suivi en ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation complète ou partielle

En 2017, sur l'ensemble des patients, adultes et enfants, soignés au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie, la très grande majorité bénéficie d'une prise en charge ambulatoire (voir définitions dans l'encadré Sources et méthodes). Le taux de recours aux soins ambulatoires (3 100 patients pour 100 000 habitants) est en effet cinq fois plus important qu'en hospitalisation qu'elle soit complète ou partielle (630 patients pour 100 000 habitants). Néanmoins, la prise en charge hospitalière est plus forte dans les départements du sud de la France (particulièrement en région Occitanie) et en Bretagne (Finistère). Des taux élevés en ambulatoire sont observés en Normandie et Bretagne (Morbihan et Côtes-d'Armor), autour du massif central et dans la région Grand-Est (*cartes 1 et 2*).

Des prises en charge réalisées essentiellement à temps complet

Les services de psychiatrie accueillent autant d'hommes que de femmes (*tableau 1*). L'âge moyen des patients est de 42 ans. Il varie selon le type de prise en charge : 44,1 ans pour une prise en charge à temps complet, contre 37,7 ans à temps partiel. Parmi les 422 000 patients hospitalisés en 2017, 340 000 l'ont été à temps complet pour un total de 19,0 millions de journées. Une large part de ce volume d'activité (90 %) concerne des hospitalisations à temps plein (voir définitions dans l'encadré Sources et méthodes), dont la durée moyenne

d'hospitalisation des patients concernés est de 54 jours par an.

Les patients admis en hospitalisation proviennent en majorité de leur domicile. Toutefois, près d'une hospitalisation sur quatre résulte d'un passage aux urgences, en unités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou de psychiatrie. Parmi les séjours terminés en 2017, 88 % se clôturent par un retour au domicile, 5 % par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique, 3 % par un transfert vers une unité de MCO ou de soins de suite et de réadaptation (SSR) et 2 % par un accueil dans une structure médico-sociale¹.

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

Les patients suivis en ambulatoire sont relativement jeunes : près d'un patient sur quatre est âgé de 16 ans ou moins et un sur deux a moins de 40 ans. En 2017, près de trois quarts des actes réalisés sont des entretiens et 60 % sont effectués en centre médico-psychologique (CMP). Ils peuvent également avoir lieu en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTTP, 13 %), au domicile du patient (6 %²), en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence, 4 %), en établissement pénitentiaire (4 %), ou encore dans d'autres lieux (13 %). Un patient bénéficie en moyenne de 11 actes, dont 39 % sont réalisés par des infirmiers, 23 % par des médecins et 16 % par des psychologues.

1. Le mode de sortie est manquant pour 2,4 % des séjours dans les données du RIM-P mobilisées ici.

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

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

Parmi l'ensemble des diagnostics principaux (CIM-10³), les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1), la schizophrénie (F2), les troubles de l'humeur (F3) et les troubles névrotiques (F4) représentent une large part des prises en charge à temps complet ou partiel (*graphique 1*). Le diagnostic F2 de la schizophrénie correspond au motif de recours à l'hospitalisation le plus fréquent chez les hommes (25 %), tandis que les femmes sont davantage hospitalisées pour un diagnostic F3 de troubles de l'humeur (38 %).

En ambulatoire, les motifs de recours sont plus disparates et sont davantage associés à des diagnostics de type Z relatifs aux facteurs influant sur l'état de santé (dont les difficultés liées aux conditions socio-économiques et psychosociales). Les mêmes différences par sexe qu'en hospitalisation sont observables.

Des prises en charge spécifiques pour les enfants et adolescents

Les patients âgés de 16 ans ou moins sont majoritairement pris en charge en ambulatoire, davantage encore que les adultes. En 2017, les établissements ont pris en charge 44 000 enfants et adolescents en

Tableau 1 Caractéristiques des patients et de leur suivi en établissement psychiatrique en 2017

	Ensemble des patients	Psychiatrie pour enfants et adolescents (≤ 16 ans) ¹	Psychiatrie adulte (>16 ans) ¹
Prise en charge en hospitalisation²			
Nombre de patients	421 551 ³	44 076	379 306
Proportion d'hommes (en %)	51	65	50
Nombre de journées d'hospitalisation	23 965 908	1 713 889	22 252 019
Part de journées d'hospitalisation partielle (en %)	20	64	17
Durée moyenne d'hospitalisation des patients (journées/an)	56,9	38,9	58,7
Prise en charge ambulatoire			
Nombre de patients	2 090 366 ⁴	467 871	1 632 547
Proportion d'hommes (en %)	50	62	47%
Nombre d'actes ambulatoires	22 256 407	5 647 475	16 608 932
Part d'actes réalisés en centres médico-psychologiques (en %)	60	75	55
Nombre moyen d'actes	10,6	12,1	10,2

1. Dans le RIM-P, les prises en charge sont classées selon l'âge des patients et non en fonction de la spécialisation du service (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie pénitentiaire).

2. Hors patients pour lesquels la clé de chaînage (numéro anonyme créé à partir du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe de chaque patient) contient une erreur.

3. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes parce qu'au cours de l'année 2017, 1 831 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prise en charge en hospitalisation.

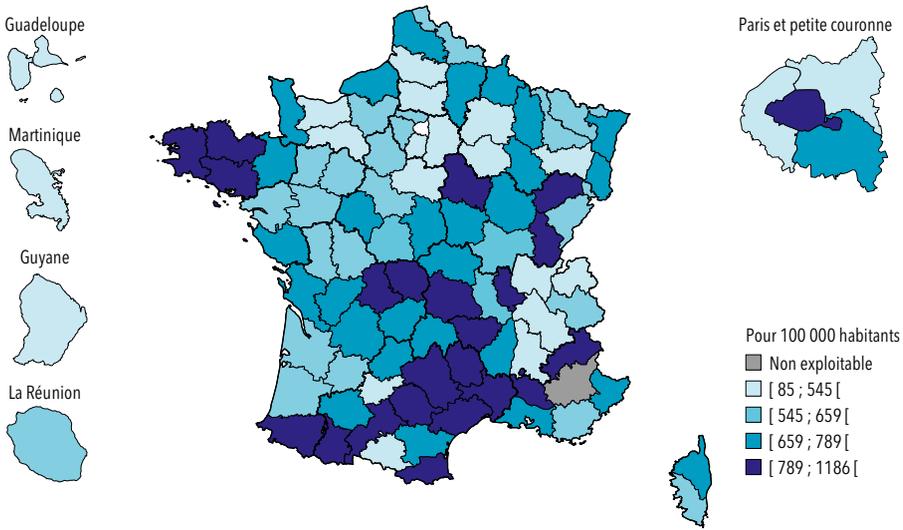
4. Le nombre total de patients n'est pas égal à la somme des deux colonnes parce qu'au cours de l'année 2017, 10 052 patients ont changé de tranche d'âge et ont bénéficié des deux types de prise en charge en ambulatoire.

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

Source > ATIH, RIM-P 2017, traitements DREES.

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

Carte 1 Nombre de patients pris en charge en hospitalisation à temps complet ou partiel en 2017

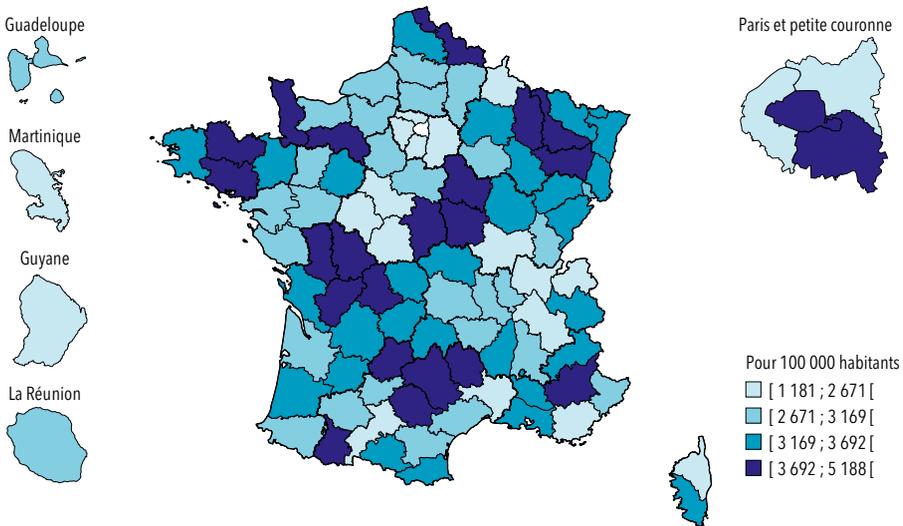


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

Sources > DREES, RIM-P 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

Carte 2 Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires en 2017



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

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

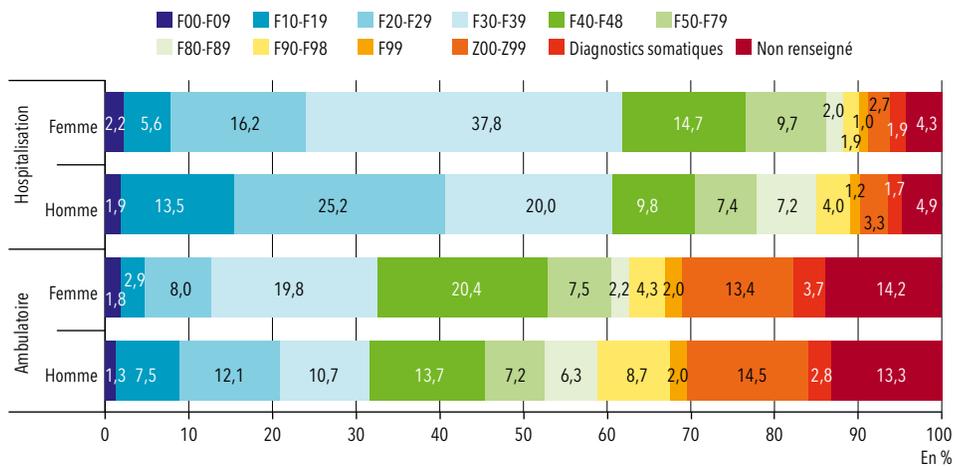
Sources > DREES, RIM-P 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

hospitalisation partielle ou complète et 468 000 en ambulatoire, solution favorisée pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial. Les patients en ambulatoire ont bénéficié de 5,6 millions d'actes, réalisés en CMP dans 76 % des cas. 62 % des patients sont des garçons, essentiellement suivis par des psychologues, médecins psychiatres ou pédopsychiatres et personnels de rééducation. Les troubles du comportement et troubles émotionnels, apparaissant

habituellement durant l'enfance et l'adolescence, constituent le motif de recours le plus fréquent en ambulatoire (code F9 de la CIM-10).

Pour les enfants et les adolescents, 64 % des journées sont des hospitalisations à temps partiel, contre 17 % en psychiatrie adulte. Ces journées sont principalement effectuées en hospitalisation de jour pour des troubles du développement psychologique (code F8 de la CIM-10). ■

Graphique 1 Répartition des patients, par sexe, selon les diagnostics principaux et la nature de la prise en charge en 2017



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

Note > Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé, 10^e révision.

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

Source > ATIH, RIM-P 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

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



d'un même patient) ne contient pas d'erreur. Les patients du secteur pénitentiaire sont exclus du champ 3,5 % des séjours ne sont pas pris en compte ici, du fait d'une erreur dans la clé de chaînage dans le RIM-P qui empêche de comptabiliser de manière unique chaque patient. Cela représente 4,1 % des séquences de séjours.

Sources

Le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P), mis en place en 2007, permet une description fine de la patientèle bénéficiant de soins au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie. Il ne couvre pas Mayotte. Les volumes d'activité présentés ici et calculés à partir du RIM-P diffèrent de ceux présentés dans la fiche 17, qui mobilise comme source la SAE : ainsi sont comptabilisées près de 1 million de journées d'hospitalisation de moins qu'avec la SAE, et près de 620 000 actes ambulatoires de plus. La moindre couverture du volume d'hospitalisations par le RIM-P s'explique non seulement par l'exclusion des séjours avec une erreur dans la clé de chaînage mais aussi par le fait que le RIM-P peut être incomplet. En effet, ce recueil ne sert pas à la facturation, la psychiatrie n'étant pas soumise à la tarification à l'activité.

Définitions

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

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

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

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

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

Pour en savoir plus

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

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

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

En 2017, 300 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) sont dénombrés en France. 17 500 patients peuvent être pris en charge simultanément en HAD, ce qui représente 5,3 % des capacités de prise en charge en hospitalisation complète de court et moyen séjour du territoire. En matière d'activité, 199 200 séjours pour 5,2 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 5,4 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. En 2017, les 95 établissements associatifs ne proposant que cette forme d'hospitalisation continuent de jouer un rôle prépondérant (49 % des capacités et 50 % des journées). En France, l'HAD reste inégalement répartie sur le territoire, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine concentrant 15 % des capacités de prise en charge et 18 % des journées.

L'hospitalisation à domicile (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville : elle permet d'assurer, au lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux, afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR). L'HAD vient ainsi compléter ou se substituer à l'hospitalisation complète en établissement de santé avec hébergement (voir fiche 4, « Les autres prises en charge hospitalières »).

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

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD s'est peu à peu structurée et a connu un essor important à partir du début des années 2000, à la suite de la clarification de son périmètre et de son champ d'application. Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi triplé entre 2001 et 2017.

Stable de 2013 à 2016, le nombre d'établissements autorisés pour coordonner des soins d'HAD diminue légèrement en 2017 (300, après 313 en 2016). Dans plusieurs secteurs territoriaux, les agences régionales de santé (ARS) ont en effet décidé de recentrer cette coordination sur un nombre plus restreint d'établissements, notamment en regroupant les autorisations

de soins ou en réaffectant des zones géographiques couvertes à un unique établissement ou groupement de coopération sanitaire (GCS) pouvant associer des établissements publics et privés (pour une définition des GCS, voir l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »). Cette baisse du nombre d'établissements n'est donc pas la conséquence d'une fermeture de structures, mais reflète plutôt une réorganisation de la coordination des soins. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément¹ continue d'ailleurs de progresser à un rythme soutenu (+7,3 % en 2017 comme en 2016) [Mauro, 2017]. Le nombre de journées augmente également en 2017, quoiqu'à un rythme un peu ralenti (+5,0 %, après +6,3 % en 2016). Néanmoins, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2017, 300 établissements peuvent accueillir simultanément 17 500 patients en France métropolitaine et dans les DOM (*tableau 1*), ce qui ne représente que 5,3 % des capacités d'hospitalisation complète de court et de moyen séjour disponibles sur le territoire. Les établissements d'HAD appartiennent, en majorité, aux secteurs public et privé à but non lucratif. Les 125 établissements du secteur public, dont 112 sont des centres hospitaliers, représentent 25 % des capacités de prise en charge d'HAD. Parmi les 118 établissements du secteur privé à but non lucratif, 95 relèvent du domaine associatif et ne proposent

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

que ce mode d'hospitalisation. Ces derniers disposent de près de la moitié des capacités de prise en charge d'HAD en France (8 600 patients pouvant être pris en charge simultanément en 2017), mais leur poids dans l'offre d'HAD recule entre 2006 et 2017, passant de 56 % à 49 %. Le secteur privé à but lucratif, composé de 57 établissements, reste minoritaire, mais progresse régulièrement. Ainsi, entre 2006 et 2017, la part des capacités de prise en charge en HAD de ce secteur a triplé, passant de 6 % à 18 %.

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

En 2017, sur les 17 500 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire français,

près de 3 200 se situent en Île-de-France, dont 2 600 dans les départements de Paris et des Hauts-de-Seine. Les capacités de prise en charge en HAD de ces deux départements représentent 15 % de l'offre de l'ensemble du territoire et la densité moyenne des capacités y est de 69 pour 100 000 habitants (*carte 1*), soit 2,7 fois plus que la moyenne nationale (26 pour 100 000 habitants). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premiers établissements créés en France à la fin des années 1950 sont l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et la fondation Santé Service d'Île-de-France.

Les densités de capacités de prise en charge sont également élevées dans d'autres départements de France métropolitaine, comme les Landes, les

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique en 2017

Statut juridique des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément ¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours terminés ² en 2017	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours mono-séquences ³ (en journées)
Secteur public :	125	4 303	61,9	1 296	22	14
CHR	13	1 271	27,1	425	17	10
CH (et autres)	112	3 032	34,8	871	26	18
Secteur privé à but non lucratif :	118	9 984	113,2	3 024	28	19
CLCC	3	243	4,9	89	19	11
Structure associative d'HAD	95	8 559	95,2	2 606	29	20
Autres	20	1 182	13,1	329	26	18
Secteur privé à but lucratif	57	3 195	24,1	848	38	25
Ensemble	300	17 482	199,2	5 167	27	18

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

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

2. Environ 186 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2017, soit 93 % des séjours d'HAD.

3. Environ 140 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) sont comptabilisés en 2017, soit 70 % des séjours d'HAD.

Note > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, obstétrique, odontologie et soins de suite et de réadaptation, hors psychiatrie. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Les capacités de prise en charge sont celles déclarées dans la SAE, pour réaliser l'activité d'HAD enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2017 ainsi que ceux terminés ou non en 2017. Les journées sont celles de l'année 2017 (les journées antérieures à 2017 sont exclues pour les séjours ayant commencé avant).

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

Sources > ATI, PMSI-HAD 2017 ; DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Pyrénées-Atlantiques ou le Var, où l'HAD existe aussi depuis longtemps. Dans les DROM, la Guadeloupe et la Guyane ont des densités quatre à cinq fois supérieures à la densité nationale. Aujourd'hui, l'HAD en Guyane comble les déficits de l'offre de soins, en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des lits de MCO observée depuis 1997.

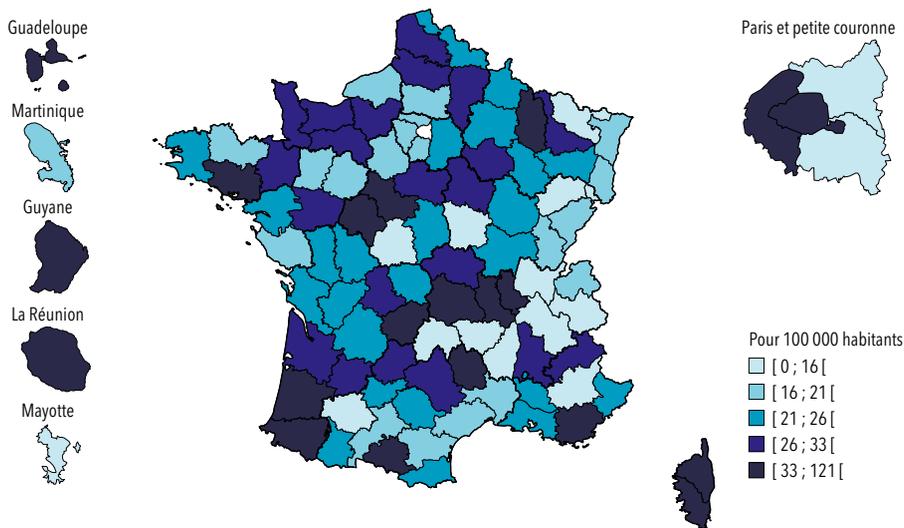
À l'opposé, certains départements sont particulièrement sous-dotés en matière de capacités de prise en charge en HAD, malgré la dynamique de ces dix dernières années visant une couverture de l'ensemble des départements. Les départements restants de l'Île-de-France (excepté en Seine-et-Marne), les Alpes-de-Haute-Provence,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

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

En 2017, 199 200 séjours en HAD ont été réalisés pour 5,2 millions de journées (tableau 1), soit 5,4 % des journées d'hospitalisation complète de court et moyen séjour. En matière d'activité, la prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore que pour les capacités de prise en charge, avec 52 500 séjours (26 % des séjours) et 926 700 journées (18 % des journées) en 2017.

Le secteur privé à but non lucratif a un poids plus important en matière d'activité que de capacités. Il prend en charge 57 % des séjours (contre 31 % dans le public et 12 % dans le privé à but lucratif) et réalise 59 % des journées (contre 25 % dans le public et 16 % dans le privé à but lucratif). Cette répartition est, pour l'instant, assez stable dans le temps, même si le privé à but lucratif gagne petit à petit du terrain. Cela s'expliquerait en partie par une plus grande rotation des patients dans les secteurs public et privé à but non lucratif. Les séjours y sont en effet plus courts

Carte 1 Densité des capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile par département en 2017



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

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

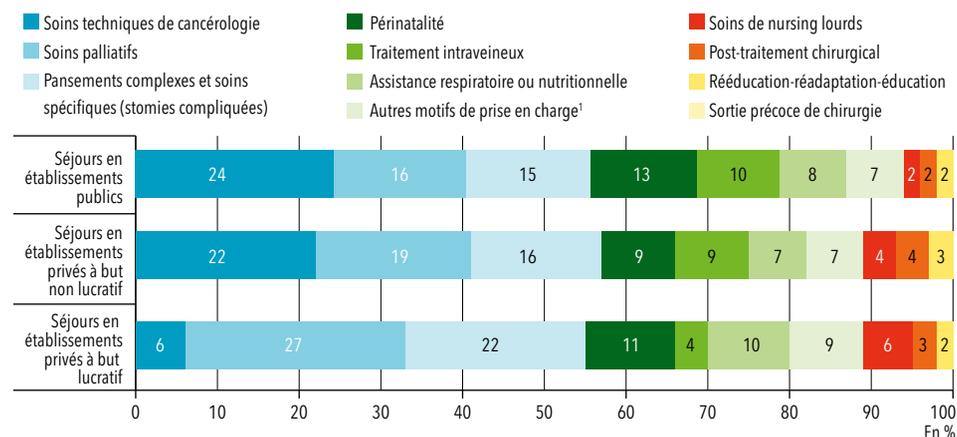
Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

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

(respectivement 14 et 19 jours en moyenne pour les séjours monoséquences²) que dans le secteur privé à but lucratif (25 jours) [tableau 1]. Ainsi, la périnatalité et surtout les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours (voir fiche 20, « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les secteurs public et privé à but non lucratif (graphique

1). À l'inverse, les soins palliatifs, les pansements complexes et les soins spécifiques, dont les séjours sont plus longs, sont un peu plus fréquents dans le secteur privé à but lucratif. Dans l'ensemble, tous motifs confondus, la durée moyenne de séjour est de 27 jours pour les séjours terminés en 2017 et de 18 jours, si l'on considère seulement les séjours monoséquences. ■

Graphique 1 Répartition des séjours d'HAD selon le statut juridique et le mode de prise en charge principal en 2017



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

Note > Les modes de prise en charge principaux représentés ici sont ceux mentionnés à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prise en charge existants dans le recueil. Les six premiers modes de prise en charge principaux représentent 84 % des séjours d'HAD en 2017. Les soins techniques de cancérologie sont le mode de prise en charge regroupant le plus grand nombre de séjours en HAD. Ils représentent 24 % des séjours des établissements publics, 22 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 6 % de ceux des établissements privés à but lucratif.

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

Source > ATH, PMSI-HAD 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD. L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de MCO et de SSR, mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2017 et ceux non terminés fin 2017. Les journées sont celles de l'année 2017 (sont exclues les journées antérieures à 2017 pour les séjours ayant déjà commencé). ●●●

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



Sources

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

Cadrage

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

Définitions

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

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

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

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

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2018, novembre). Analyse de l'activité hospitalière 2017. Rapport annuel.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2018, novembre). L'hôpital de demain. Et si c'était aussi chez moi ? Rapport d'activité 2017-2018.

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

En 2017, plus de la moitié des patients admis en hospitalisation à domicile (HAD) sont âgés de 65 ans ou plus. Les femmes sont prises en charge plus jeunes, 16 % de leurs séjours étant liés à la périnatalité. Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et les traitements intraveineux sont les quatre principaux motifs d'admission (deux tiers des séjours). Les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs (49 jours, contre 18 en moyenne, tous motifs confondus) et concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours techniques de cancérologie durent en moyenne 5 jours et 95 % des patients sont autonomes ou faiblement dépendants. Près des deux tiers des séjours d'HAD sont réalisés au profit de patients provenant d'un établissement de santé avec hébergement.

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

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

Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et soins spécifiques et les traitements intraveineux sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD en nombre de séjours, puisqu'ils représentent 67 % des séjours (*tableau 1*) [voir fiche 19, « Les établissements d'hospitalisation à domicile », graphique 1].

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

les séjours pour soins de nursing lourds durent en moyenne 49 jours, contre 18 jours pour la moyenne des séjours en HAD. Ils sont quatre fois plus longs qu'un séjour de périnatalité (11 jours) et dix fois plus longs qu'un séjour pour soins techniques de cancérologie (5 jours). En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques (58 %), la surveillance des grossesses à risque (28 %) ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (12 %). Les soins de chimiothérapie anticancéreuse constituent l'essentiel des séjours de cancérologie (70 %), le reste relevant de la surveillance postchimiothérapie. Le degré de dépendance des patients, lié notamment à leur âge, varie nettement suivant le mode de prise en charge et explique pour partie la durée plus ou moins longue des séjours. En périnatalité ou en cancérologie, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants, alors que les patients en soins de nursing lourds sont, par définition, des malades ayant perdu toute autonomie : 92 % d'entre eux sont moyennement ou fortement dépendants (*tableau 1*). Les patients en HAD pour assistance respiratoire ou nutritionnelle et pour soins palliatifs sont également parmi les patients les plus dépendants (respectivement 64 % et 74 % moyennement à fortement dépendants).

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

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

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

L'HAD concerne des patients de tous les âges, de la naissance à la fin de vie (*graphique 1*). Cependant, même si l'HAD n'a pas pour mission de répondre

spécifiquement aux besoins des personnes âgées, leur part est de plus en plus importante. En 2017, les patients âgés de 65 ans ou plus totalisent 54 % des séjours (dont 24 % pour les 80 ans ou plus). Les enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans) représentent,

Tableau 1 Répartition des séjours selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission en 2017

Modes de prise en charge principaux regroupés ¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours monoséquences terminés en 2017 ²	Degré de dépendance globale du patient, observé à l'admission			
			Durée moyenne (en journées)	Patients complètement autonomes (en %)	Patients faiblement dépendants (en %)	Patients moyennement dépendants (en %)	Patients fortement dépendants (en %)
Soins techniques de cancérologie	42	306	5	53	42	5	1
Soins palliatifs	38	1 225	24	2	24	37	37
Pansements complexes et soins spécifiques	33	1 437	38	18	43	25	14
Traitements intraveineux	21	383	12	25	46	18	10
Périnatalité	18	211	11	52	41	0	6
Autres motifs de prise en charge ²	15	282	11	20	43	18	20
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14	598	32	2	34	32	32
Soins de nursing lourds	7	422	49	0	8	47	44
Post-traitement chirurgical	6	147	17	18	62	16	4
Rééducation, réadaptation, éducation	5	154	23	9	44	35	13
Sortie précoce de chirurgie	0,3	4	7	35	33	28	4
Ensemble⁴	199	5 167	18	24	38	21	17

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

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

3. Environ 186 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2017, soit 93 % des séjours d'HAD, et 140 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 70 % des séjours d'HAD.

4. Un unique séjour de 6 jours a été exclu des données de ce tableau, car son mode de prise en charge principal n'était pas renseigné.

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

Source > ATIH, PMSI-HAD 2017, traitements DREES.

pour leur part, 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons. Pour les femmes, les soins techniques de cancérologie sont le premier motif de prise en charge en HAD (21 % des séjours). La périnatalité, qui était encore le premier motif de prise en charge en 2014 (30 % des séjours), principalement pour les 25-39 ans, est devenue le troisième motif de prise en charge (16 % des séjours)³, notamment du fait de la restriction du champ des activités périnatales autorisées en HAD. Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (85 % des séjours). Dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent presque un séjour sur quatre.

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

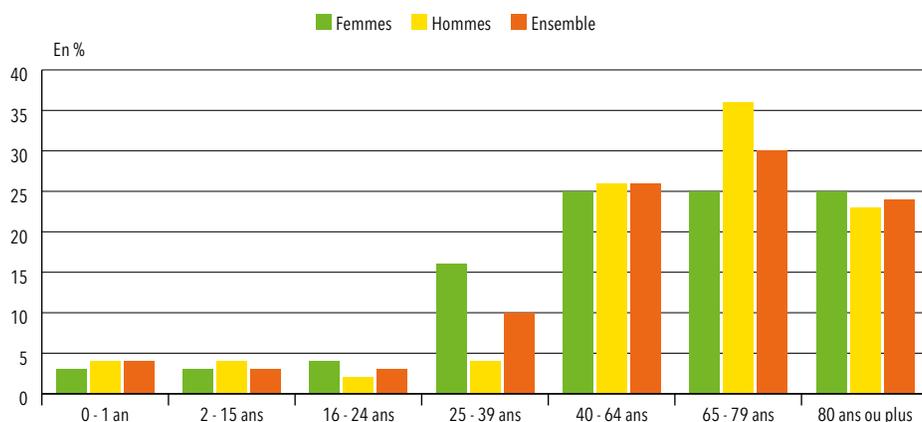
L'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville, ce qui en fait une activité vraiment multiforme. L'admission et la sortie d'HAD peuvent ainsi être prescrites aussi bien par le médecin hospitalier que par le médecin

traitant. Son objectif peut être d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation.

En 2017, d'après les données du PMSI-HAD, pour plus d'un tiers des séjours en HAD, les patients sont admis directement depuis leur domicile (schéma 1). Pour une très grande majorité d'entre eux, l'HAD éviterait une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 27 % des séjours d'HAD permettent aux patients de demeurer chez eux en fin de séjour. Par ailleurs, à défaut de l'éviter, l'HAD retarderait l'hospitalisation complète pour 5 % des séjours d'HAD, dans la mesure où ces patients ont été transférés en établissement traditionnel à la suite de leur hospitalisation à domicile.

Plus de 60 % des séjours en HAD concernent des patients qui y ont été admis après une prise en charge en établissement de santé traditionnel. Près de la moitié d'entre eux écourteraient une hospitalisation complète en parvenant à rester à domicile après l'HAD (29 % des séjours en HAD), tandis que pour d'autres, une réhospitalisation (27 %) reste nécessaire à la suite de leur séjour en HAD. Enfin, 12 % des patients sont décédés en HAD en 2017. ■

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2017



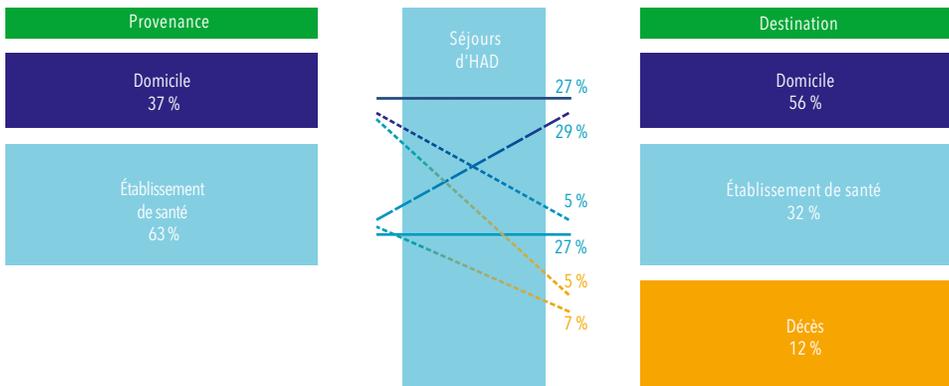
Note > Les âges sont ceux observés à l'admission.

Lecture > En 2017, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 16 % des séjours chez les femmes et 4 % chez les hommes.

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

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2017, traitements DREES.

3. En 2016, la périnatalité représentait 19 % des séjours des femmes et était le deuxième motif de prise en charge pour les femmes, contrairement à ce qui était indiqué dans l'édition 2018 de cet ouvrage.

Schéma 1 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2017

Lecture > En 2017, 63 % des séjours d'HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 56 % des séjours d'HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 27 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.

Champ > Les 180 483 séjours d'HAD terminés en 2017 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, pour lesquels les informations sur la provenance et la destination sont disponibles dans le PMSI-HAD (97 % des séjours terminés).

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD. L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de soins de suite et de réadaptation (SSR), mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2017 et ceux non terminés fin 2017. Les journées sont celles de l'année 2017 (sont exclues les journées antérieures à 2017 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

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

Définitions

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

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

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2018, novembre). Analyse de l'activité hospitalière 2017. Rapport annuel.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2018, novembre). L'hôpital de demain. Et si c'était aussi chez moi ? Rapport d'activité 2017-2018.

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

En 2017, 1 841 établissements déclarent une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) en France métropolitaine et dans les DROM. Ils disposent de 119 000 lits et places dédiés au moyen séjour, soit 25 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. 1,5 million de séjours et 38 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle sont enregistrés en SSR, soit 28 % de l'activité hospitalière totale de 2017. L'hospitalisation complète reste prédominante (89 % des capacités). L'hospitalisation partielle est plus fréquente dans le secteur privé à but non lucratif. L'Île-de-France et le sud de la France sont les régions les plus dotées en lits et en places.

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

L'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 841 établissements en France métropolitaine et dans les DROM (*tableau 1*). Un établissement sur deux relève du secteur public, la moitié restante se partageant à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et à but non lucratif. En 2017, ces établissements disposent de 119 000 lits et places répartis pour 38 % dans le public, 29 % dans le privé à but non lucratif et 33 % dans le privé à but lucratif. Ces 119 000 lits et places représentent 25 % des capacités hospitalières totales (court, moyen et long séjours confondus).

L'activité des SSR, avec 1,5 million de séjours, soit 38 millions de journées, représente 28 % de l'activité hospitalière totale. La part relative du privé à but non lucratif est un peu moins importante en journées qu'en nombre de lits et de places (27 %, contre 29 %). Ceci est lié au fait que, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de SSR (89 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif (15 % des journées, contre 12 % dans le privé à but lucratif et seulement 7 % dans le public). Ces différences pourraient s'expliquer, en partie, par la diversité des patientèles prises en charge.

Par exemple, les patients des établissements privés à but non lucratif sont en moyenne plus jeunes (voir la fiche 22, « La patientèle des établissements de soins de suite et réadaptation »). Enfin, la durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps complet est plus élevée dans les établissements privés à but lucratif : elle y atteint 35,3 jours contre 33,6 jours dans les établissements publics et 33,7 jours dans les établissements privés à but non lucratif¹.

Le personnel non médical est majoritairement soignant

Calculé en équivalent temps plein (ETP), le personnel non médical des établissements de SSR est en moyenne de 0,9 ETP par lit : 0,3 ETP de personnel aide-soignant, 0,3 ETP de personnel infirmier, 0,1 ETP de personnel de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens) et 0,2 ETP d'autres types de personnel (personnels administratifs, techniques et médico-techniques, psychologues, personnel éducatif, assistants de service social) (*tableau 1*). Les établissements publics allouent en moyenne deux fois plus d'aides-soignants (0,4 ETP par lit ou place) que les établissements du secteur privé à but lucratif (0,2 ETP par lit ou place). Aux côtés du personnel non médical, le personnel médical compte

1. À partir de 2017, le jour de sortie d'hospitalisation à temps complet n'est plus compté comme un jour de présence, sauf en cas de décès de patient. Les résultats sur les nombres de journées de présence ou les durées de séjours ne sont donc pas directement comparables avec ceux des éditions précédentes de cet ouvrage.

essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et réadaptation ainsi que des gériatres.

L'activité de SSR est plus développée en Île-de-France et dans le sud de la France

Au niveau national, la densité moyenne des capacités en SSR s'élève à 462 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus². Les régions métropolitaines qui se distinguent par les densités les plus élevées sont la région PACA, l'Île-de-France, l'Occitanie et la Corse (tableau 2). Pour les trois premières, les taux d'hospitalisation

standardisés sont également plus élevés que la moyenne. À l'opposé, la Nouvelle-Aquitaine et les Pays de la Loire sont les régions les moins équipées de la métropole en SSR et leurs taux d'hospitalisation standardisés sont plus faibles. Dans les DROM, la Guadeloupe fait partie des départements les mieux dotés en lits et places de SSR, alors que la Martinique est bien moins dotée que les départements métropolitains. Mayotte ne dispose d'aucun établissement de SSR en 2017. Si les disparités géographiques d'offre de soins restent importantes, elles sont en baisse depuis une dizaine d'années (Charavel *et al.*, 2018).

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements développant des soins de suite et de réadaptation selon leur statut juridique en 2017

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	900	465	476	1 841
Nombre de lits et places, dont :	45 434	34 627	38 870	118 931
hospitalisation partielle (part en %)	3 528 (8 %)	5 174 (15 %)	4 504 (12 %)	13 206 (11 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	584	434	457	1 475
hospitalisation partielle (part en %)	151 (26 %)	150 (35 %)	98 (21 %)	399 (27 %)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	14 262	10 099	13 181	37 542
hospitalisation partielle (part en %)	992 (7 %)	1 545 (15 %)	1 589 (12 %)	4 127 (11 %)
Durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète terminés¹ en 2017 (en journées)	33,6	33,7	35,3	34,2
Ratio moyen de personnel aide-soignant (ETP par lit)	0,4	0,3	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel infirmier (ETP par lit)	0,3	0,2	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel de rééducation² (ETP par lit)	0,1	0,1	0,1	0,1
Ratio moyen d'autres types de personnel³ (ETP par lit)	0,2	0,2	0,1	0,2

1. Environ 993 000 séjours d'hospitalisation complète terminés sont décomptés en 2017, soit 67 % des séjours de SSR. Le jour de sortie d'hospitalisation n'est en général plus compté comme un jour de présence à partir de 2017. La durée moyenne de séjour ne peut donc pas être comparée directement avec celle de 2016.

2. Le personnel désigné comme personnel de rééducation, ou rééducateurs, comprend les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

3. Les autres types de personnel sont les psychologues, les diététiciens, les personnels éducateurs, les assistants de service social, etc. **Champ** > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris les SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2017 pour l'activité, traitements DREES ; DREES, SAE 2017 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

2. Les séjours des patients de 50 ans ou plus représentent 80 % des séjours de SSR.

Les flux de patients entre régions peuvent contribuer à compenser ces disparités territoriales d'offre. Plusieurs régions faiblement dotées en SSR présentent ainsi un solde négatif entre taux d'entrée et taux de fuite. En d'autres termes, les résidents de ces régions moins dotées sont plus souvent pris en charge dans d'autres régions que ces régions moins dotées n'accueillent de patients non résidents. C'est notamment le cas de la région Bourgogne- Franche-Comté qui a tendance à « perdre » des patients³. À l'opposé, les régions Occitanie et PACA ont un solde positif en lien avec des capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale. Toutefois,

l'analyse des capacités d'accueil en SSR par grande région peut être trompeuse : dans certaines régions, l'offre de SSR est plutôt homogène : dans d'autres, de fortes disparités départementales existent (carte 1). Ainsi, la région Occitanie occupe la troisième place des régions les plus dotées en lits et en places de SSR, mais les densités infra-régionales sont très hétérogènes : sur les 13 départements qui la composent, 4 ont des densités supérieures à 545 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus (correspondant au dernier quintile), alors que 5 autres ont des densités inférieures à 410 lits et places pour 100 000 habitants de 50 ans ou plus. ■

Tableau 2 Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SSR en 2017 selon la région d'hospitalisation

	Densité de lits et de places ¹	Solde sur l'ensemble de l'activité ²	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national ³
PACA	587	2,5	1,06
Île-de-France	518	-1,2	1,03
Occitanie	490	3,5	1,01
Corse	487	-12,2	0,98
Hauts-de-France	454	2,1	1,07
Auvergne - Rhône-Alpes	452	-0,7	1,00
Normandie	444	-1,4	1,00
Bourgogne - Franche-Comté	434	-3,2	0,95
Centre - Val de Loire	433	-1,6	0,87
Grand-Est	421	-0,4	1,06
Bretagne	412	0,6	1,05
Nouvelle-Aquitaine	405	1,8	0,92
Pays de la Loire	403	-1,4	0,83
Guadeloupe	543	-5,8	1,80
Guyane	476	-48,8	0,45
La Réunion	469	0,3	1,23
Martinique	352	-4,1	0,76
Mayotte	0	-	-
France entière	462	-	1,00

1. Densité de lits et de places pour 100 000 personnes de 50 ans ou plus.

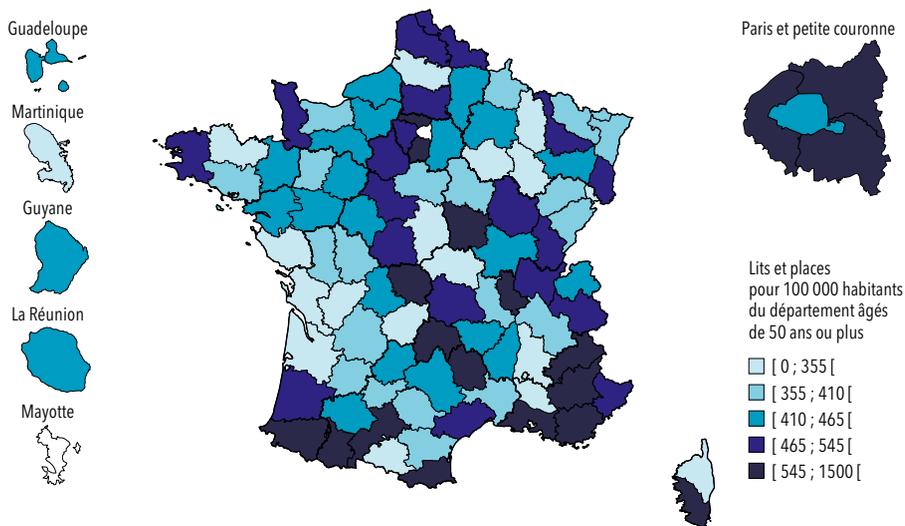
2. Le solde est la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.

3. Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Sources > ATIH, PMSI-SSR 2017, traitements DREES ; DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

1. La Corse et les DROM (hormis La Réunion) ont également tendance à « perdre » des patients.

Carte 1 Densité de capacités en lits et en places de SSR en 2017

Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus. Les données sur la Guadeloupe incluent Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Sources > DREES, SAE 2017, traitements DREES ; Insee, estimation de population au 1^{er} janvier 2017.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, exerçant une activité de SSR en 2017. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires, etc.) soit pour des populations particulières (personnes âgées à polypathologies, enfants, etc.). Le total des capacités d'accueil est déclaré dans la SAE et l'activité enregistrée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les séjours comprennent ceux commencés avant 2017 et ceux non terminés fin 2017. Les journées sont celles de l'année 2017 (sont exclues les journées antérieures à 2017 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le PMSI, mis en place par la Direction générale de l'offre soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-SSR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, on considère que le recueil est exhaustif et les données ne sont plus pondérées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Définitions

- > **Taux d'entrée** : proportion des séjours de non-résidents pris en charge dans la région.
- > **Taux de fuite** : proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région.
- > **Taux d'hospitalisation standardisé** : rapport, pour une région donnée, du nombre de patients résidents hospitalisés (dans la région ou dans une autre région) à la population de la région (taux brut). La standardisation consiste à affecter à la région la structure par sexe et par âge de la France entière.

Pour en savoir plus

> **Charavel, C., Mauro, L. et Seimandi, T.** (2018). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 30.

En 2017, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont accueilli 1 million de patients. Les patients en SSR sont âgés : la moitié d'entre eux ont 71 ans ou plus. Les femmes sont un peu plus nombreuses. Les soins s'effectuent fréquemment à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardio-vasculaires, de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (pose de prothèses).

Une patientèle plutôt âgée et féminine

En 2017, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) atteint 1,5 million de séjours et 38 millions de journées (tableau 1). L'hospitalisation complète reste la principale modalité de soin, mais la part de l'hospitalisation à temps partiel augmente légèrement chaque année pour atteindre 27 % des séjours en 2017 (contre 19 % en 2010). Les séjours de SSR concernent majoritairement des femmes (55 %), notamment en hospitalisation complète (57 %). Les séjours en SSR à temps partiel impliquent toutefois plus souvent des hommes (53 %). L'âge moyen des patients de SSR à leur admission est stable (66 ans), tout comme l'âge médian (71 ans). L'âge moyen des femmes admises en SSR reste plus élevé que celui des hommes (69 ans, contre 62 ans), notamment en hospitalisation complète (74 ans, contre 67 ans). En hospitalisation complète, les séjours durent en moyenne 34 jours (voir la fiche 21, « Les établissements de soins de suite et de réadaptation »). Cette durée augmente avec l'âge pour atteindre 35,5 jours pour les séjours des personnes âgées de 85 ans ou plus¹. C'est dans le secteur public que les patients sont les plus âgés (70 ans en moyenne, contre 68 ans pour le privé à but lucratif et 57 ans pour le privé à but non lucratif).

Des patients en majorité autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission en SSR

Les patients qui bénéficient de séjours en hospitalisation à temps partiel présentent moins fréquemment

de dépendance, au sens de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ, voir définitions dans l'encadré Sources et méthodes). Ainsi, pour 89 % des séjours d'hospitalisation partielle, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission (contre 52 % des séjours d'hospitalisation complète). La dépendance globale s'améliore entre l'admission et la sortie. Cette évolution repose sur l'amélioration de la dépendance physique, la dépendance cognitive évoluant peu. En hospitalisation complète, le gain d'autonomie est en général plus fort qu'en hospitalisation à temps partiel, ce qui est en partie dû au degré de dépendance plus important à l'admission (graphique 1).

Les motifs de prise en charge varient selon l'âge et le statut de l'établissement

Les séjours sont majoritairement motivés par des maladies du système ostéo-articulaire (19 %, dont les suites de prothèses pour arthropathie), des lésions traumatiques (14 %, dont les fractures du membre inférieur, du membre supérieur, du rachis mais aussi, parfois, des complications de prothèses ou d'implants), ou encore des affections du système nerveux (13 %, dont les syndromes paralytiques) ou de l'appareil cardio-vasculaire (12 %, dont l'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques). Les troubles de la marche (7 %), les démences et les troubles mentaux liés à l'alcool ou aux substances psychoactives (6 %), ainsi que l'obésité (4 %) sont d'autres motifs fréquents de prise en charge (tableau 2).

1. À partir de 2017, le jour de sortie d'hospitalisation à temps complet n'est plus compté comme un jour de présence, sauf en cas de décès du patient. Les résultats sur le nombre de journées de présence ou les durées de séjours ne sont donc pas directement comparables avec ceux des années précédentes.

La répartition des séjours varie selon l'âge des patients. Les séjours des patients de moins de 18 ans sont plutôt motivés par la prise en charge de l'obésité, de paralysies d'origine cérébrale et de scolioses. Entre 18 et 34 ans, les séjours sont fréquemment provoqués

par des lésions traumatiques (genou), des dorsalgies et des paralysies d'origine traumatique, mais aussi vasculaire et cérébrale. De 35 à 69 ans, ce sont les soins dans les suites de pose de prothèses pour arthropathies (hanche ou genou) qui prédominent, ainsi que

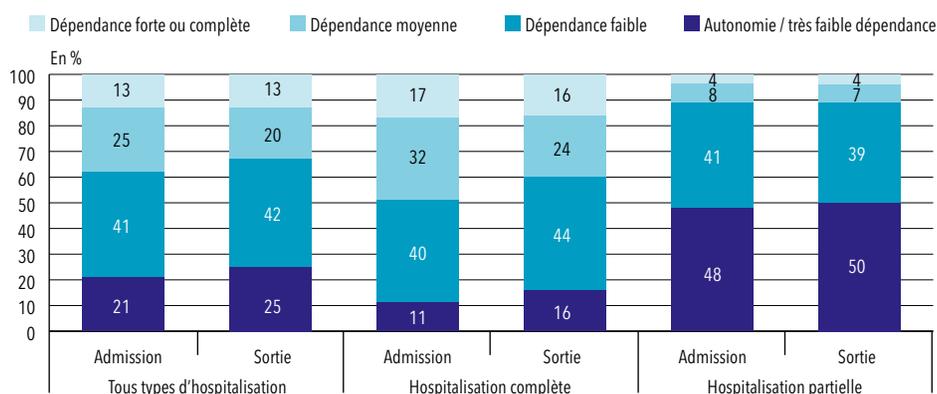
Tableau 1 Nombre de séjours et âge moyen à l'admission par sexe et type de séjour en 2017

	Femmes	Hommes	Ensemble
Ensemble des séjours			
Nombre de séjours (en milliers)	804	671	1 475
Nombre de séjours (en %)	55	45	100
Âge moyen (à l'admission)	69	62	66
Âge médian (à l'admission)	75	66	71
Séjours d'hospitalisation complète			
Nombre de séjours (en milliers)	618	458	1 076
Nombre de séjours (en %)	57	43	100
Âge moyen (à l'admission)	74	67	71
Séjours d'hospitalisation partielle			
Nombre de séjours (en milliers)	186	213	399
Nombre de séjours (en %)	47	53	100
Âge moyen (à l'admission)	53	51	52

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2017, traitement DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours selon le degré de dépendance globale des patients à l'admission et à la sortie, et d'après le type d'hospitalisation, en 2017



Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2017, traitement DREES.

Tableau 2 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2017, selon la morbidité enregistrée à l'admission

Morbidité	Nombre de séjours (en milliers)	Part de la pathologie (en %)						Part des séjours en hospitalisation complète (en %)
		Tous les âges	Séjours des moins de 18 ans	Séjours des 18-34 ans	Séjours des 35-69 ans	Séjours des 70-84 ans	Séjours des 85 ou plus	
Affection de l'appareil cardio-vasculaire, dont :	181	12	0	2	16	13	12	63
cardiopathies ischémiques	73	5	0	1	9	4	1	38
insuffisance cardiaque	36	2	0	0	1	2	5	82
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	20	1	0	0	2	2	1	77
Affections de l'appareil respiratoire	63	4	4	1	4	5	5	83
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	118	8	20	11	10	5	4	68
diabète	17	1	3	0	2	1	0	74
obésité et autres excès d'apport	66	4	15	10	7	1	0	50
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	212	14	8	21	9	15	23	85
lésions traumatiques	184	13	4	19	7	13	22	86
Maladies du système nerveux, dont :	189	13	23	19	16	10	6	60
maladies cérébrovasculaires ¹	17	1	0	0	1	1	2	88
paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	130	9	15	16	12	6	3	55
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	277	19	18	23	22	21	10	68
arthropathies	152	10	5	10	10	15	5	78
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs, dont :	177	12	9	7	7	13	21	79
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	99	7	4	3	3	8	13	79
Troubles mentaux, dont :	119	8	9	11	8	7	9	75
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	38	3	0	0	0	4	6	74
troubles mentaux et du comportement liées à la consommation d'alcool ou de substance psychoactives	38	3	0	7	6	0	0	88
Tumeurs malignes, dont :	67	5	1	1	4	6	4	97
organes digestifs	18	1	0	0	1	2	1	100
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	11	1	0	0	1	1	1	99
organes respiratoires et intrathoraciques	10	1	0	0	1	1	0	96
Autres pathologies²	71	5	8	4	3	5	6	76
Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	89
Total	1475	100	100	100	100	100	100	73

1. Y compris accidents ischémiques transitoires, syndromes vasculaires au cours de maladies cérébrovasculaires.

2. Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, du sang ; tumeurs bénignes, etc.

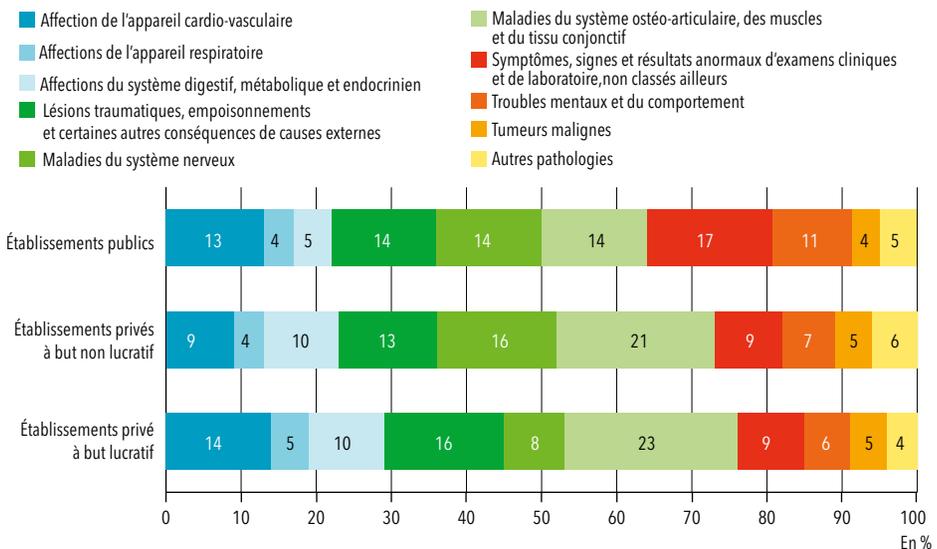
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2017, traitement DREES.

les suites d'hémiplégie par accidents vasculaires cérébraux ou de cardiopathies ischémiques. Les établissements privés, à but lucratif ou non, et les établissements publics prennent en charge des séjours ayant des motifs différents (graphique 2). Les séjours pour suites de lésions traumatiques ou de maladies du système ostéo-articulaire sont un peu plus répandus dans le secteur privé à but

lucratif. Le secteur privé à but non lucratif, quant à lui, prend plus souvent en charge des séjours pour suite de maladies du système nerveux, tandis que dans le secteur public, les séjours concernent plus souvent des soins de troubles mentaux et du comportement, ainsi que des suites de symptômes divers (dont chutes et anomalies de la démarche et de la motilité). ■

Graphique 2 Répartition des séjours selon la morbidité enregistrée à l'admission et le statut juridique des établissements de SSR



Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation confondus.

Source > ATIH, PMSI-SSR 2017, traitement DREES.

Encadré Sources et Méthodes

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA et les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, exerçant une activité de SSR en 2017. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires, etc.) soit pour des populations particulières (personnes âgées à polyopathologies, enfants, etc.). Le total des places est déclaré dans la statistique annuelle des établissements (SAE) et l'activité enregistrée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les séjours comprennent ceux commencés avant 2017 et ceux non terminés fin 2017. Les journées sont celles de l'année 2017 (sont exclues les journées antérieures à 2017 pour les séjours ayant déjà commencé).



Sources

Le PMSI, mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-SSR, créé en 2008, s'est développé progressivement. Depuis 2013, le recueil est considéré comme exhaustif et les données ne sont plus pondérées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Définitions

Les informations médicales du PMSI-SSR sont la morbidité, principale et secondaire, les actes (de rééducation et médico-techniques) et l'approche de la dépendance des patients.

> **Appréciation de la morbidité principale** : elle repose sur l'association de la finalité principale de prise en charge (FPPC, ce qui a été fait au patient durant la semaine), de la manifestation morbide principale (MMP, le problème de santé sur lequel s'exerce le soin) et éventuellement de l'affection étiologique (AE, qui est le problème de santé à l'origine de la MMP).

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

Pour en savoir plus

> **ATIH** (2018, novembre). Analyse de l'activité hospitalière 2017 - édition 2018. Note et rapport d'analyse.

> **Charavel, C., Mauro, L. et Seimandi, T.** (2018). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 30.

> **Coquelet, F.** (2015). Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours. DREES, *Études et Résultats*, 943

> **Coquelet, F. et Valdelièvre, H.** (2011) Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins. DREES, *Les Dossiers Solidarité Santé*, 23.

En 2017, 12,7 millions de patients ont été hospitalisés à une ou plusieurs reprises. Pour 71 % d'entre eux, l'hospitalisation a lieu en un épisode unique au cours de l'année. Celui-ci peut néanmoins correspondre à une seule ou à deux prises en charge successives, par exemple en court séjour puis en moyen séjour pour de la rééducation. Les patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année souffrent de pathologies particulières, notamment d'affections du sang ou de tumeurs.

12,7 millions de patients hospitalisés en France en 2017

En 2017, 12 654 000 patients ont été hospitalisés dans l'un des 2 693¹ établissements de santé, publics ou privés, de France métropolitaine et des DOM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). 766 000 y sont nés, 354 000 y sont décédés. Ce décompte a été réalisé à partir des données d'activité détaillées par séjour, transmises par les établissements dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'ensemble des prises en charge de court et de moyen séjour.

71 % des patients sont hospitalisés pour un épisode unique au cours de l'année

Plus des deux tiers des patients (67 %) n'ont été hospitalisés qu'une seule fois au cours de l'année et pour un seul séjour. Pour 4 % des patients, l'hospitalisation a comporté plusieurs séjours consécutifs tout en constituant un épisode de soins unique au cours de l'année. Il consiste en des prises en charge successives, sans interruption, dans plusieurs établissements ou selon différentes disciplines, par exemple en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), puis en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en hospitalisation à domicile (HAD), etc. Un peu plus d'un quart des patients (3 706 000) ont connu au moins une nouvelle hospitalisation après et à distance du premier séjour ou épisode (*tableau 1*). Pour 41 % des

patients, la durée entre deux épisodes d'hospitalisation est comprise entre deux et sept jours, pour 30 % entre huit et trente jours, pour 17 % entre un et trois mois, pour 8 %, entre trois et six mois et pour 4 % elle excède six mois.

Trois grands types de parcours hospitaliers au cours de l'année se distinguent. Les séjours uniques, tout d'abord, relèvent principalement du MCO. Ensuite, parmi les patients ayant effectué plusieurs séjours au cours d'un épisode de soins hospitaliers unique, la moitié (soit 225 000 patients) ont commencé par un séjour en MCO qui s'est poursuivi immédiatement par une prise en charge en SSR ; 33 % ont effectué deux séjours en MCO dans deux établissements distincts. Enfin, pour les parcours constitués de plusieurs hospitalisations non contiguës au cours de l'année, les réadmissions ont lieu principalement en MCO. Ce type de parcours effectué exclusivement dans un même champ sanitaire est aussi le plus fréquent pour les patients avec des hospitalisations multiples en psychiatrie.

L'hospitalisation concerne tous les âges de la vie

Les patients sont âgés en moyenne de 48 ans (médiane à 52 ans) : 16 % ont moins de 18 ans, 26 % entre 18 et 44 ans, 40 % entre 45 et 74 ans et 18 %, 75 ans ou plus. La proportion de femmes s'élève à 55 %. Elle est naturellement plus élevée en raison des maternités, mais aussi des pathologies liées à la longévité, comme la cataracte ou les fractures du col du fémur.

1. Il s'agit du nombre d'établissements ayant transmis les données correspondant à leur activité. Quelques établissements de psychiatrie ainsi que certains anciens hôpitaux locaux ne les ont pas fournies. Pour cette raison, ce nombre est inférieur au nombre total d'établissements indiqué dans la fiche 1, « Les grandes catégories d'établissements de santé » (à savoir 3 046).

La prise en charge s'effectue exclusivement en MCO pour 88,6 % des patients, exclusivement en SSR pour 1,1 % d'entre eux, exclusivement en HAD pour 0,1 % et exclusivement en psychiatrie pour 1,9 %. Un million de patients (8,3 %) ont été hospitalisés dans différents champs sanitaires, en 2017. Les patients ayant connu plusieurs hospitalisations ou un épisode de soins hospitaliers unique avec plusieurs séjours sont en moyenne plus âgés (58 ans, contre 43 ans pour ceux ayant connu un unique séjour d'hospitalisation).

Des parcours de soins selon les groupes de prise en charge

En 2017, 31 millions de séjours et épisodes d'hospitalisation ont été réalisés, répartis dans dix-huit

groupes médicaux de prise en charge (tableau 2). Les affections du sang et les tumeurs de siège diffus (tumeurs avec métastases) constituent, après les pathologies à traitements itératifs, le groupe de pathologies concentrant la plus forte proportion de patients ayant connu plusieurs hospitalisations dans l'année (les trois quarts). À l'opposé, le groupe des nouveau-nés, prématurés et affections de la période prénatale est majoritairement associé à la modalité « hospitalisation unique » (87,1 %).

Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations non contiguës, 39 % ont eu des prises en charge relevant du même groupe médical, 43 % des prises en charge relatives à deux groupes distincts et 18 % des prises en charge relevant de trois groupes ou plus. ■

Tableau 1 Caractéristiques des patients en fonction des parcours de soins hospitaliers en 2017

	Ensemble des patients	Patients (en %)	Séjour hospitalier unique	Patients (en %)	Épisode de soins hospitaliers unique	Patients (en %)	Plusieurs hospitalisations dans l'année	Patients (en %)
Nombre de patients	12 653 477	100,0	8 424 022	100,0	523 958	100,0	3 705 497	100,0
Âge moyen, écart-type	48,3 ± 26,4	-	43,5 ± 26,3	-	65,2 ± 24,9	-	57,0 ± 23,6	-
Hommes/Femmes (en %)	45,0 / 55,0	-	44,5 / 55,5	-	40,8 / 59,2	-	46,9 / 53,1	-
Nombre de naissances	765 525	6,0	660 407	7,8	12 060	2,3	93 058	2,5
Nombre de décès	353 967	2,8	115 122	1,4	51 495	9,8	187 350	5,1
Nombre de séjours dans l'année 2017, médiane, p75, p90 ¹	1 / 2 / 3	-	1 / 1 / 1	-	2 / 2 / 3	-	3 / 4 / 9	-
Admission exclusivement en MCO ²	11 207 023	88,6	8 144 109	96,7	174 113	33,2	2 888 801	78,0
Admission exclusivement en SSR	148 459	1,1	112 847	1,3	1 169	0,2	34 443	0,9
Admission exclusivement en HAD	11 416	0,1	10 309	0,1	149	0,0	958	0,0
Admission exclusivement en psychiatrie	238 301	1,9	157 155	1,9	7 846	1,5	73 300	2,0

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

1. p75 et p90 signifient 75^e et 90^e percentiles. Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations dans l'année, 75 % ont été hospitalisés au cours de 4 séjours ou moins et 90 % l'ont été au cours de 9 séjours ou moins dans l'année.

2. L'admission exclusivement en MCO correspond aux patients qui ont connu une ou plusieurs hospitalisations en MCO, mais n'en ont pas connu dans un autre champ. Un décompte analogue est effectué pour les SSR, l'HAD et la psychiatrie.

Note > Les colonnes « Patients (en %) » donnent la proportion de patients ayant connu un séjour à l'hôpital dans l'année, pour chaque groupe de parcours de soins hospitaliers.

Lecture > Pour les épisodes de soins hospitaliers, un même patient peut avoir eu, par exemple, un séjour en MCO puis un autre en SSR.

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

Sources > ATI, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2017, traitements DREES.

Tableau 2 Groupes médicaux de prise en charge et caractéristiques des parcours de soins hospitaliers

	Nombre de séjours	Hospitalisation unique			Épisode hospitalier unique			Plusieurs hospitalisations		
		Nombre de patients	%	Âge ¹	Nombre de patients	%	Âge ¹	Nombre de patients	%	Âge ¹
Affections du système nerveux	1 438 777	425 556	43,2	52,3	79 481	8,1	71,2	479 644	48,7	58,6
Affections de l'œil	1 076 863	337 110	44,3	65,9	3 260	0,4	66,0	419 901	55,3	71,9
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	927 095	677 173	77,8	25,1	8 735	1,0	43,3	185 000	21,2	42,5
Affections de l'appareil respiratoire	1 024 219	265 152	36,8	52,3	54 377	7,6	70,4	400 292	55,6	61,5
Affections de l'appareil circulatoire	1 968 053	527 395	39,5	63,3	75 696	5,7	74,1	730 763	54,8	68,6
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	3 383 451	1 718 927	63,1	52,9	51 019	1,9	63,3	951 629	35,0	59,5
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	2 518 279	1 034 397	55,7	50,2	178 919	9,6	74,1	644 443	34,7	59,8
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	829 316	411 587	57,2	45,6	21 690	3,0	68,2	286 367	39,8	59,3
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	594 738	207 292	43,3	47,8	19 489	4,1	64,9	252 204	52,6	51,6
Affections génito-urinaires	1 591 688	663 486	54,7	44,3	28 656	2,4	67,0	520 559	42,9	58,8
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 188 238	755 692	76,8	30,1	21 966	2,2	30,4	206 357	21,0	30,0
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	800 306	670 596	87,1	0,0	11 928	1,6	0,0	86 711	11,3	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	541 691	63 374	21,4	54,9	10 157	3,4	70,0	222 486	75,2	59,8
Maladies infectieuses et parasitaires	152 593	41 443	32,4	36,3	9 411	7,4	60,9	77 013	60,2	53,2
Maladies et troubles mentaux	1 162 992	226 300	36,8	46,0	61 341	10,0	53,3	326 968	53,2	47,0
Traumatismes, allergies et empoisonnements	439 960	124 318	41,5	38,7	26 525	8,9	47,6	148 856	49,6	47,5
Autres affections ou prises en charge	1 082 258	243 627	30,8	49,8	57 238	7,2	72,4	491 233	62,0	58,7
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	10 204 397	21 782	3,8	54,0	5 642	1,0	64,2	551 794	95,2	64,2
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	49 408	9 213	30,6	38,1	3 657	12,2	49,0	17 227	57,2	40,6

1. Âge moyen des patients.

Note > Les colonnes « % » donnent la proportion d'hospitalisations uniques, d'épisodes hospitaliers uniques et d'hospitalisations multiples, pour chaque groupe médical.

Lecture > Pour les patients ayant connu plusieurs hospitalisations, le groupe médical de prise en charge peut être différent d'une hospitalisation à la suivante. Par conséquent, la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients.

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO, SSR, HAD, RIM-P 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Activité d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé, publics ou privés. L'ensemble des séjours réalisés par les établissements pour leur activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) – incluant l'ensemble des nouveau-nés –, en soins de suite et de réadaptation (SSR), en hospitalisation à domicile (HAD) et en psychiatrie a été pris en compte. Quelques établissements de psychiatrie, ainsi que certains anciens hôpitaux locaux, n'ont pas transmis les données PMSI correspondant à leur activité.

Source

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé pour chaque séjour réalisé. Les données comprennent, pour chaque séjour, une description normalisée de la prise en charge médicale (voir l'annexe 2, « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »).

Méthodologie

Les établissements transmettent une description anonyme détaillée par séjour de leur activité. Chaque séjour est accompagné d'un numéro alphanumérique non signifiant, obtenu par hachage irréversible du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du code sexe correspondant au patient pris en charge. Ce numéro permet le dénombrement des patients distincts hospitalisés au cours de la période considérée. Une seconde information permet, pour un même patient, de reconstituer le positionnement relatif de chaque séjour. Il s'agit du délai en jours entre la date de début de séjour et une date calculée. Cette seconde information, couplée à la durée de séjour, permet de calculer par différence le délai, en jours révolus, entre la fin d'un séjour et le suivant pour un même patient.

Définitions

- > **Patients distincts** : ils sont dénombrés à l'aide des numéros alphanumériques pour lesquels les tests de conformité des informations source n'indiquent pas d'erreur (voir supra, rubrique Méthodologie).
- > **Séjours hospitaliers** : ils débutent le jour de l'admission dans un établissement et se terminent le jour où le patient en sort.
- > **Épisodes de soins hospitaliers** : lorsque deux séjours sont contigus, c'est-à-dire lorsque le délai entre le premier séjour et le séjour suivant est nul, cet ensemble est décrit comme un épisode unique de soins hospitaliers. Dans les autres cas, on parle d'hospitalisations distinctes dans l'année. Pour le SSR, l'HAD et la psychiatrie, seuls les séjours ayant effectivement débuté en 2017 ont été pris en compte.
- > **Groupes médicaux de prise en charge** : ils ont ici été constitués à partir du résultat de l'algorithme de groupage médico-économique appliqué automatiquement à la description médicale faite de chaque séjour (MCO) ou de chaque semaine (SSR), du code de mode de prise en charge principal (HAD) et du diagnostic principal (psychiatrie). L'algorithme de groupage est maintenu par l'ATIH.

Pour en savoir plus

- > Consulter le site de l'ATIH, www.atih.sante.fr, rubrique « Accès aux données / Bases de données / Documentation technique / Aide à l'utilisation des informations de chaînage ».

**Quelques aspects
spécifiques de l'activité
hospitalière**

Depuis les années 1970, les pouvoirs publics ont pris diverses mesures afin d'encadrer la pratique des accouchements et de réduire les risques pour l'enfant et la mère. Ce cadre juridique a entraîné un long processus de restructuration et de concentration des maternités qui se poursuit, avec la diminution constante de leur nombre et une augmentation de la taille moyenne.

Un cadre juridique en deux étapes

La première étape de restructuration des maternités débute en 1972 avec la parution du décret Dienesch, applicable aux cliniques privées d'accouchement, qui impose des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique. Quinze lits minimum étaient notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. La même année, des normes identiques à celles du décret Dienesch sont mises en œuvre dans le secteur public.

La seconde étape est amorcée avec la parution des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998. Ces décrets définissent réglementairement trois types de maternités, qui prennent en charge les grossesses selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de ces niveaux de risque, grâce à un suivi prénatal précoce. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007.

Un mouvement régulier de concentration et de spécialisation

Dans le secteur privé, la parution en 1972 du décret Dienesch a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Dans le secteur public, ce sont les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes, qui ont été touchées. Avec l'application des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, la diminution du nombre de maternités s'est poursuivie entre

1996 et 2017 au profit des maternités de types 2 et 3. En France métropolitaine, le nombre de maternités est passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 482 en 2017, hors service de santé des armées (SSA)¹.

Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux depuis trente ans, alors que la natalité en France métropolitaine est restée dynamique au cours de toute la période, avec 710 000 à 800 000 naissances par an (*graphique 1*). Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté durant cette période. Il est passé de 22 à 47 accouchements annuels par lit en moyenne entre 1975 et fin 2017. Parallèlement, la durée moyenne de séjour a diminué. Elle est passée de 8,0 jours en 1975 à 5,3 jours en 1996, puis à 4,6 jours en 2017.

Une part croissante d'accouchements dans les maternités de types 2 et 3

Au 31 décembre 2017, 502 maternités sont dénombrées en France métropolitaine et dans les DROM (Mayotte inclus), y compris le SSA : 202 maternités dites de type 1, 233 de type 2 et 67 de type 3. Elles totalisent 15 900 lits d'obstétrique et ont réalisé 756 000² accouchements. En 2007, 64 % des accouchements étaient réalisés dans un établissement de santé public, 7 % dans un établissement privé à but non lucratif et 29 % dans une clinique privée à but lucratif. Entre 2007 et 2017, le nombre d'accouchement ayant eu lieu dans ces dernières a baissé de 40 000 au profit des maternités publiques où se déroulent 68 % des accouchements en 2017.

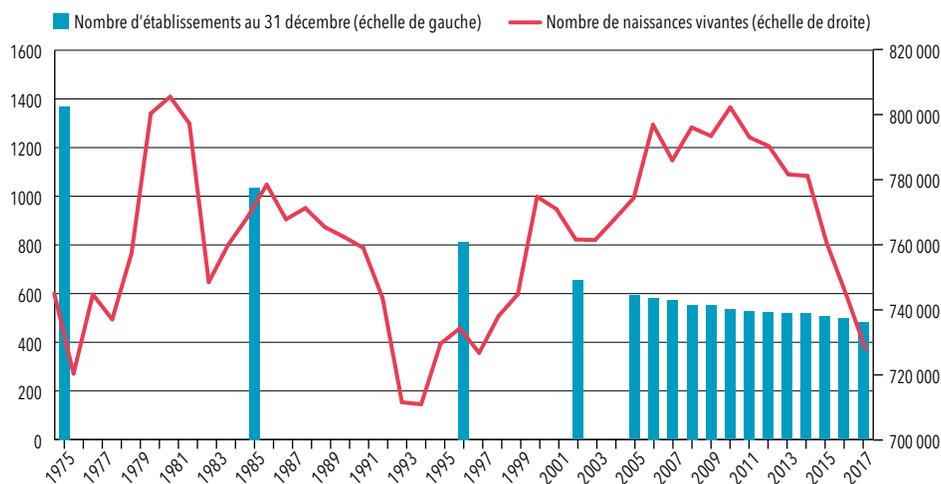
1. Les données disponibles pour les années les plus anciennes sont hors DROM et hors SSA.

2. Non compris les accouchements hors établissements suivis d'une hospitalisation en service obstétrique (environ 4 000 en 2017).

La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2017, en France métropolitaine hors SSA, une maternité de type 1 pratique en moyenne 770 accouchements par an, une maternité de type 2, 1 640, et une maternité de type 3, 3 200. La restructuration des maternités conduit donc à des maternités plus spécialisées et plus grandes. En 2017, 37 % des maternités de France métropolitaine, hors SSA, accueillent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (*graphique 2*). Parallèlement, seulement 4 % des maternités prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année, alors que cette proportion était de 12 % en 1996. Ces maternités se situent majoritairement dans des départements

montagneux (Savoie, Haute-Savoie) ou ruraux (Ardèche, Ariège, Aveyron, Cantal, Corrèze). Les maternités disposant d'un service de néonatalogie ou de réanimation néonatale (types 2 ou 3), qui représentent 60 % des 502 maternités, sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (78 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 75 % des lits et 79 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de types 2 ou 3 (hors SSA) s'élevait à 43 % (*tableau 1*). Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2017, contre la moitié en 2002. ■

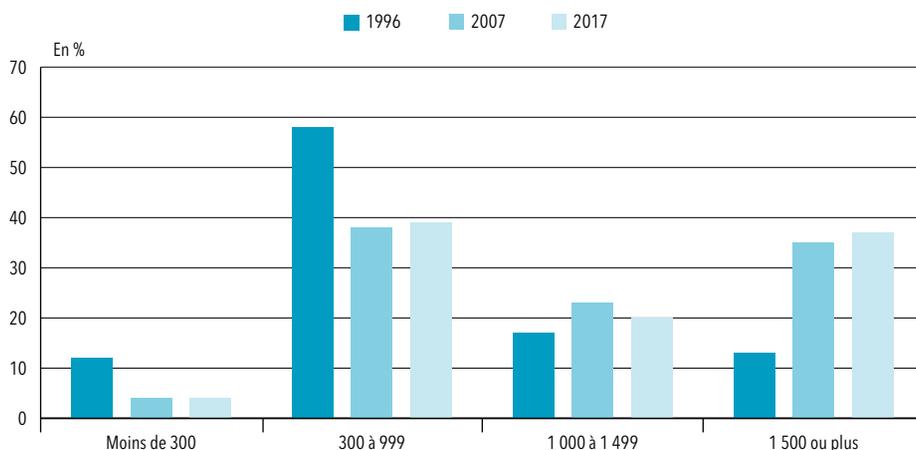
Graphique 1 Évolution du nombre des naissances vivantes et des maternités de 1975 à 2017



Champ > France métropolitaine hors SSA.

Sources > Insee, état civil : DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2017, traitements DREES.

Graphique 2 Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2007 et 2017



Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996, 2007 et 2017, traitements DREES.

Tableau 1 Répartition des accouchements selon le type de la maternité d'accueil en 1996, 2007 et 2017

	Année	Niveaux de spécialisation			Total
		Type 1	Type 2	Type 3	
Nombre d'établissements au 31 décembre	1996	564	250		814
	2007	297	206	64	567
	2017	196	226	60	482
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		725 337
	2007	256 644	349 744	169 614	776 002
	2017	152 598	372 703	192 258	717 559
Part d'accouchements (en %)	1996	57	43		100
	2007	33	45	22	100
	2017	21	52	27	100

Note > En 1996, les définitions de niveau existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié A. *et al.*, 1998).

Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996, 2007 et 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Maternités de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors centres périnataux de proximité, sauf indication contraire.

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le nombre de naissances vivantes provient des données Insee issues de l'état civil.

Définitions

> **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique au 31 décembre 2017.

> **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 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2 s'il a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, 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.

> **Naissances** : en 1977, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit un critère de viabilité, qui comptabilise les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée, ou les enfants – ou fœtus – pesant au moins 500 grammes. En 2008, la notion d'enfant sans vie est redéfinie par le décret n° 2008-800 du 20 août 2008. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Le nouveau dispositif n'est donc plus fondé sur le seuil de viabilité défini par l'OMS. Cependant, ce seuil conserve son caractère indispensable pour l'élaboration des statistiques sanitaires.

Pour en savoir plus

- > **Arnault, S. et Exertier, A.** (2009). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Baillot, A. et Evain F.** (2012, octobre). Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. DREES, *Études et Résultats*, 814.
- > **Baubeau, D., Morais, S. et Ruffié, A.** (1999, juillet). Les maternités de 1975 à 1996. Un processus de restructuration sur longue période. DREES, *Études et Résultats*, 21.
- > **Blondel, B., et al.** (2017, octobre). Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016. Results from the French National Perinatal Surveys. Elsevier Masson, *Journal of Gynecology, Obstetrics and Human Reproduction*.
- > **Blondel, B., Gonzalez, L. et Raynaud, P. (dir.)** (2017, octobre). Enquête nationale périnatale – Rapport 2016 Inserm-DREES. Les naissances et les établissements – Situation et évolution depuis 2010.
- > **Buisson, G.** (2003, mars). Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales. DREES, *Études et Résultats*, 225.
- > **Cour des comptes** (2014, décembre). Les maternités. Rapport.
- > **Fresson, J., Vanhaesebrouck, A. et Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.
- > **Ruffié, A., Deville, A. et Baubeau, D.** (1998). État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France. Elsevier Masson, *Journal de gynécologie, obstétrique et de biologie de la reproduction*, 27/2.

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge des naissances évoluent, notamment grâce à l'amélioration de l'adéquation entre l'équipement des maternités et le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés. Le taux de césariennes, en augmentation constante jusqu'en 2007, s'est depuis stabilisé autour de 20 %.

Une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés présentant des risques

Les maternités de types 2 et 3 prennent en charge quatre accouchements sur cinq, bien qu'elles représentent moins de deux tiers des maternités (60 % au 31 décembre 2017). Par ailleurs, elles accueillent la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la statistique annuelle des établissements (SAE) et du PMSI-MCO en 2017, 92 % des naissances multiples, 90 % des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et 91 % des naissances prématurées ont lieu dans une maternité de type 2 ou 3 (*graphique 1*). Lorsque les patientes se trouvent dans une maternité ne disposant pas d'un environnement adapté à des conditions d'accouchement plus difficiles, elles peuvent être orientées vers des structures de type supérieur. Ainsi, en 2017, 1 100 femmes ont été transférées dans une maternité de type 2 et 2 000 vers une maternité de type 3¹.

Un taux de césariennes stable et modéré par rapport aux autres pays européens

Entre 2000 et 2007, le taux de césariennes a augmenté de manière régulière, passant de 17,4 % à 20,2 %. Depuis, il s'est stabilisé et s'est établi à 20,1 % en 2017 (*graphique 2*). À titre de comparaison, en 2015, la France occupait le 10^e rang de l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [hors Canada et Grèce]² pour son taux global de césariennes.

D'un type de maternité à un autre, le taux de césariennes est quasiment équivalent. Il est légèrement plus élevé pour les maternités de type 3 (20,7 %), qui concentrent davantage d'accouchements difficiles. Cela peut indiquer qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de type 3 pratiquent moins souvent de césariennes.

Parmi ces accouchements par césarienne, 67 % sont réalisés en urgence (avant ou au cours du travail) et 33 % ont été programmés. Pour les seuls établissements privés à but lucratif, la proportion de césariennes programmées atteint 41 % (contre respectivement 30 % et 35 % pour les établissements publics et privés à but non lucratif).

Au total, 6,6 % de l'ensemble des accouchements pratiqués en 2017 sont des césariennes programmées. Si l'on se restreint aux seuls accouchements à terme³, ce ratio s'établit à 6,7 %⁴ et 9,1 % au sein des établissements privés à but lucratif.

Une augmentation des naissances multiples

Si la part des accouchements uniques est largement majoritaire (plus de 98 %), la proportion d'accouchements multiples a progressé lentement mais régulièrement entre 1997 et 2017. Alors qu'ils représentaient 1,4 % de l'ensemble des accouchements en 1997, leur part s'est établie à 1,7 % en 2017. Cette augmentation est liée au développement de la procréation médicalement assistée (PMA) et à l'augmentation de l'âge moyen de la maternité.

1. Il s'agit du nombre de femmes transférées pour accouchement, dans le cadre d'une hospitalisation, dans un autre établissement de MCO. Depuis la refonte de la SAE en 2013, ce nombre est calculé à l'aide du PMSI-MCO. Avant la refonte de la SAE, les femmes transférées depuis une consultation externe étaient également comptabilisées.

2. En 2015, l'OCDE comptait 35 pays ; la France était au 10^e rang sur 33 pays (hors Canada et Grèce).

3. Un accouchement est dit « à terme » lorsqu'il intervient à 37 semaines d'aménorrhée ou plus.

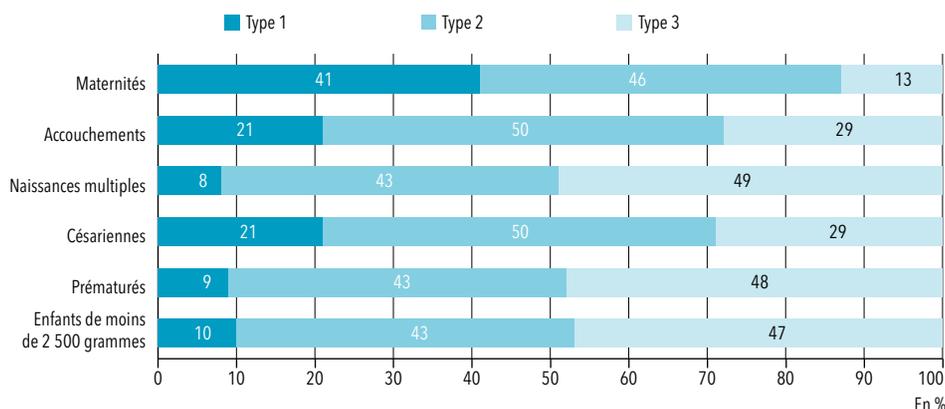
4. Ce ratio correspond au nombre de césariennes programmées à terme rapporté au nombre total des accouchements à terme.

Des séjours plus courts

En 2017, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est inférieure à 5 jours, soit une baisse de près de 1 journée par rapport à 2003 (tableau 1). Cette diminution s'applique aussi bien au secteur public qu'au secteur privé. Par ailleurs, sur l'ensemble des accouchements, il n'y a pas de différence notable de durée moyenne de séjour selon le statut de l'établissement. En revanche, le mode d'accouchement influence

grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne, tous secteurs confondus, est de 6,3 jours en 2017, contre 4,2 jours pour un accouchement par voie basse. La durée moyenne d'un séjour pour accouchement par césarienne dans le secteur public est supérieure de 1 jour (6,6 jours en 2017) à celle du secteur privé, à but lucratif ou non (5,6 jours). Pour les deux modes d'accouchement, les durées moyennes de séjour baissent depuis 2003. ■

Graphique 1 Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2017

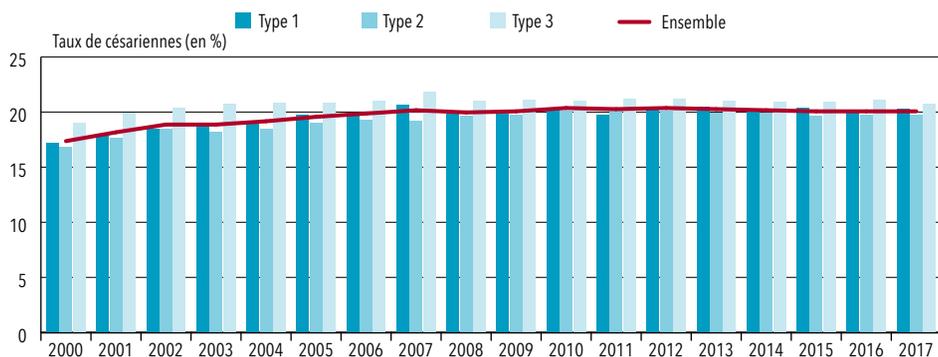


Note > Maternités ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2017.

Champ > Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2017 ; ATI, PMSI-MCO 2017, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution des taux de césariennes par type de maternité entre 2000 et 2017



Champ > Ensemble des accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte depuis 2011), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2000-2017, traitements DREES.

Tableau 1 Évolution de la durée des séjours pour accouchement selon le statut de l'établissement et le mode d'accouchement

	En jours							
	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2003	2017	2003	2017	2003	2017	2003	2017
Accouchements par voie basse	4,9	4,3	4,9	4,0	5,0	4,1	4,9	4,2
Accouchements par césarienne	8,3	6,6	7,8	5,6	7,6	5,6	8,0	6,3
Ensemble des accouchements	5,5	4,7	5,5	4,4	5,5	4,4	5,5	4,6

Champ > Accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte en 2017), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003 et 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors centres périnataux de proximité, mais y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

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

Définitions

> **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique ayant réalisé au moins un accouchement au cours de l'année 2017, qu'elles soient ouvertes ou non au 31 décembre 2017.

> **Types de maternité** : les décrets de 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 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2 s'il a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique et de type 3 s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de néonatalogie et d'un service de réanimation néonatale.

> **Accouchements** : en cas de naissance multiple, un seul accouchement est comptabilisé.

Pour en savoir plus

- > **Arnault, S. et Exertier, A.** (2010). Les maternités : plus de trente ans d'évolution. Dans M. Chaleix, A. Exertier et C. Minodier (coord.). *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007* (p. 49-72). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Baubeau, D. et Buisson, G.** (2003, décembre). La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001. DREES, *Études et Résultats*, 275.
- > **Blondel, B., et al.** (2017, octobre). Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016. Results from the French National Perinatal Surveys. Elsevier Masson, *Journal of Gynecology, Obstetrics and Human Reproduction*.
- > **Blondel, B., Gonzalez, L. et Raynaud, P. (dir.)** (2017, octobre). Enquête nationale périnatale – Rapport 2016 Inserm-DREES. Les naissances et les établissements – Situation et évolution depuis 2010.
- > **Coulm, B. et Blondel, B.** (2013, février). Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. Elsevier Masson : *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 42/1.
- > **Fourcade, N., von Lennep, F., Grémy, I. et Bourdillon, F. (dir.)** (2017, mai). *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. Paris, France : DREES - Santé publique France.
- > **Fresson, J., Vanhaesebrouck, A. et Vilain, A.** (2017, octobre). Les maternités en 2016 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES, *Études et Résultats*, 1031.
- > **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)** (2017, novembre). *Panorama de la santé 2017. Les indicateurs de l'OCDE*.
- > **Séjourné, N. et Callahan, S.** (2013, avril). Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans péridurale. Elsevier Masson, *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 42/2.

En 2017, en France métropolitaine et dans les DROM, 713 structures des urgences situées dans 637 établissements de santé ont traité 21,4 millions de passages, soit une progression de 2,1 % par rapport à 2016. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 101 Samu et 390 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Le secteur public fournit la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence.

Depuis les décrets de mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence, cette activité est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est faite par les services d'aide médicale urgente (Samu). Si leur état le nécessite, les patients sont ensuite pris en charge à domicile (ou sur la voie publique, le lieu de travail, etc.) par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), qui peut être une structure permanente ou saisonnière. Enfin, les patients pris en charge par le SMUR sont transportés vers la structure des urgences la plus proche et disposant du plateau technique le plus adapté à leur état. Dans certains territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du Samu (MCS), médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir dans l'attente du SMUR, sur demande de la régulation médicale. Les structures d'urgence accueillent également les patients se présentant directement, de leur propre initiative ou sur avis médical.

L'organisation de la médecine d'urgence

En 2017, en France métropolitaine et dans les DROM (Mayotte incluse), y compris le service de santé des armées (SSA), 637 établissements de santé ont une autorisation d'accueil des urgences pour un total de 713 structures (un établissement pouvant avoir une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques). À ces établissements s'ajoutent 390 SMUR¹ et 101 Samu (tableau 1).

La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public, qui concentre 77 % des structures des urgences, tandis que 18 % d'entre elles dépendent du secteur privé à but lucratif et seulement 6 % du secteur privé à but non lucratif. La quasi-totalité des SMUR (98 %) sont implantés dans des établissements publics et les Samu sont, eux, exclusivement publics.

Des services spécialisés en pédiatrie ou des filières d'accueil spécifiques le cas échéant

Les autorisations des SMUR et des structures des urgences peuvent être générales ou pédiatriques. Dans les faits, elles sont majoritairement générales. En effet, seulement 13 % des 713 structures des urgences et 5 %² des SMUR ont une autorisation d'urgences pédiatriques. Dans les structures des urgences générales, les patients de moins de 18 ans représentent 21 % des passages en 2017 (22 % en 2016). Le cas échéant la prise en charge de ces enfants est organisée au sein d'une filière de soins spécifique, en collaboration avec une structure de pédiatrie. Par ailleurs, si 23 % des structures des urgences relèvent du secteur privé, à but lucratif ou non, c'est le cas de 5 % seulement de celles qui sont autorisées en pédiatrie.

Un nombre annuel de passages en hausse

En 2017, les 713 structures des urgences de France métropolitaine et des DROM (Mayotte incluse),

1. Dans l'édition 2018 de cet ouvrage, 399 sièges de SMUR étaient dénombrés en 2016, mais 6 d'entre eux étaient en réalité des antennes SMUR, et non des SMUR.

2. Dans l'édition 2018, des SMUR généraux ont été comptabilisés à tort comme des SMUR généraux et pédiatriques.

y compris le SSA, ont pris en charge 21,4 millions de passages, soit une progression de 2,1 % par rapport à 2016 (tableau 2). Sur plus longue période, le nombre annuel de passages continue de progresser à un rythme régulier. Pour la France métropolitaine, hors SSA, le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions en 1996. Il est depuis en augmentation de 3,5 % en moyenne chaque année, excepté en 2010, et atteint 20,7 millions de passages en 2017 (graphique 1).

La part des passages aux urgences du secteur privé (à but lucratif ou non) est stable depuis 2010 et s'établit à 18 % en 2017. La permanence des soins est en effet ouverte à l'ensemble des établissements de santé depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires (2009), y compris aux cliniques privées.

Des structures majoritairement de petite taille

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 30 100 patients par an, le nombre moyen de passages étant plus faible dans les services pédiatriques (26 700 passages par an en moyenne) que dans les structures des urgences générales (30 600 passages par an). Par ailleurs, les structures générales des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille que celles des établissements publics et enregistrent en moyenne 22 800 passages annuels, contre 33 100 dans le secteur public. Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 20 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et 61 %, moins de 30 000. À l'opposé, 23 % des structures enregistrent 40 000 passages ou plus par an et traitent 45 % de l'ensemble des passages. ■

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé sièges de services d'urgences en 2017 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble
Structure des urgences				
Structure générale	387	32	126	545
Structure générale et pédiatrique ¹	72	4		76
Structure pédiatrique	15	1		16
Ensemble	474	37	126	637
SMUR²				
SMUR général	362	6	1	369
SMUR général et pédiatrique	13			13
SMUR pédiatrique	8			8
Ensemble	383	6	1	390
Samu	101	0	0	101

1. Les 76 établissements comportant une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques totalisent 152 structures d'urgences.

2. La consolidation des données pour l'année 2016 a conduit à reclasser en antenne de SMUR plusieurs entités classées à tort en SMUR généraux. En 2016, on décomptait ainsi 392 SMUR, et non 399 comme publié dans la précédente édition de cet ouvrage.

Note > Une structure des urgences est dite générale si elle accueille des adultes et des enfants et exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants. 76 établissements ont une autorisation pour les urgences générales et pédiatriques.

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

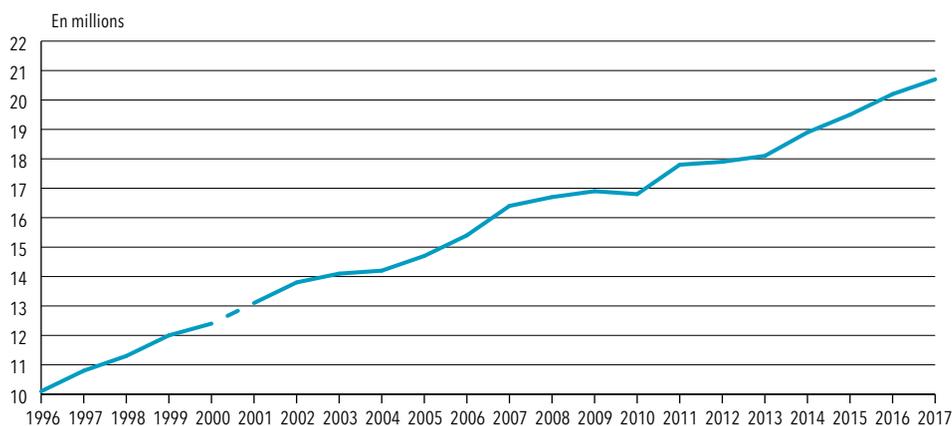
Source > DREES, SAE 2017, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de passages aux urgences en 2017 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)	2017	Évolution 2016-2017 (en %)
Structures générales	11 457 909	1,6	779 783	0,1	2 851 150	3,1	15 088 842	1,8
Structures pédiatriques	643 960	1,0	62 505	6,0	0	-	706 465	1,4
Structures générales et pédiatriques	5 385 880	3,2	254 363	0,7	0	-	5 640 243	3,1
urgences générales	3 738 568	3,0	154 889	1,4	0	-	3 893 457	3,0
urgences pédiatriques	1 647 312	3,5	99 474	-0,3	0	-	1 746 786	3,3
Ensemble	17 487 749	2,1	1 096 651	0,6	2 851 150	3,1	21 435 550	2,1

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

Sources > DREES, SAE 2016-2017, traitements DREES.

Graphique 1 Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996

Note > Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

Champ > France métropolitaine, hors SSA.

Sources > DREES, SAE 1996-2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements publics et privés de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), bénéficiant en 2017 d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R6123-1 à R6123-32 du Code de la santé publique).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'équipement, l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences. Le bordereau a été modifié à compter de la SAE 2007 pour se conformer à la nouvelle législation relative à la médecine d'urgence à la suite des décrets du 22 mai 2006. Les données présentées sont issues des bordereaux « structures des urgences » et « Samu SMUR » de la SAE rénovée en 2013. Des corrections ont été apportées aux réponses brutes déclarées par les établissements, notamment concernant les autorisations.

Définition

> **Nombre de passages aux urgences pour l'année** : il inclut l'ensemble des arrivées, quels que soient les modes d'arrivée et de sortie. Sont pris en compte les passages aux urgences déclarés par les établissements ayant l'autorisation pour les activités d'urgences générales et pédiatriques. Ne sont pas pris en compte ceux déclarés par les établissements sans autorisation et les structures d'urgences spécialisées.

Pour en savoir plus

- > **Baubeau, D. et Carrasco, V.** (2003, janvier). Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES, *Études et Résultats*, 212.
- > **Boisguérin, B., Toutlemonde, F. et Vuagnat, A.** (2018) Caractéristiques de la prise en charge des patients aux urgences. *Soins*, 63(825),16-19.
- > **Boisguérin, B., Brillhault, G., Ricroch L., Valdelièvre, H. et Vuagnat, A.** (2015). Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES. Dans B. Boisguérin et G. Brillhault (coord.). *Le Panorama des établissements de santé, édition 2014* (p. 31-47). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques.
- > **Boisguérin, B. et Valdelièvre, H.** (2014, juillet). Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. DREES, *Études et Résultats*, 889.
- > **von Lennep, F. (dir.)** (2015, juin). Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. Actes du colloque du 18 novembre 2014. DREES, *Dossiers solidarité et santé*, 63.
- > **Ricroch, L. et Vuagnat, A.** (2017, février). Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. DREES, *Études et Résultats*, 997.
- > **Ricroch, L.** (2016, septembre). Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers. DREES, *Études et Résultats*, 973.
- > **Ricroch, L. et Vuagnat, A.** (2015, août). Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. DREES, *Études et Résultats*, 929.
- > **Ricroch, L.** (2015, mars). Les urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité. DREES, *Études et Résultats*, 906.
- > **Vuagnat, A.** (2013). Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Dans B. Boisguérin et G. Brillhault (coord.). *Le Panorama des établissements de santé, édition 2013* (p. 9-28). Paris, France : DREES, coll. Études et Statistiques

En 2017, 168 600 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en établissement de santé en France métropolitaine et dans les DROM (Mayotte incluse, mais non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy). S'y ajoutent les 43 600 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville et les 4 500 IVG réalisées en centre de santé, centre de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009. Le total représente 216 700 IVG en 2017. En établissement, 85 IVG sur 100 sont pratiquées à l'hôpital public.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, calculé pour la France entière, est de 14,9. Il varie significativement d'un département à l'autre : de 8,9 dans les Deux-Sèvres ou 9,5 en Vendée à plus de 26 pour la moyenne des DROM (*carte 1*). Il s'élève à 21 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans à La Réunion, 26 à Mayotte ou en Martinique, 33 en Guyane et 34 en Guadeloupe. En métropole, l'Île-de-France et tout le Sud-Est se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne.

Un taux de recours constant et une progression de la méthode médicamenteuse

Après une période de stabilité au début des années 2000, le nombre d'IVG a augmenté jusqu'en 2013 pour diminuer depuis (*graphique 1*). Le taux de recours à l'IVG, demeuré stable depuis 2006, baisse légèrement depuis 2014 (*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 de recours de l'année considérée. Cet indice, qui permet de gommer les effets de l'évolution dans le temps de la structure d'âge des femmes, s'élève à 0,53 IVG par femme en 2017. En légère baisse depuis 2014, il a peu varié depuis. Le nombre d'IVG continue de diminuer en milieu hospitalier en raison d'un report des IVG médicamenteuses vers les cabinets de ville où elles sont

autorisées depuis 2004 (*graphique 1*) et, dans une moindre mesure, depuis leur autorisation en mai 2009 en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF). En milieu hospitalier, le nombre des IVG médicamenteuses est désormais stable, tandis que celui des IVG chirurgicales continue de diminuer. Au total, en ville ou en établissement, la méthode médicamenteuse est utilisée pour 68 % des IVG en 2017, contre 47 % en 2006.

Une IVG sur cinq est réalisée hors structure hospitalière selon la méthode médicamenteuse

En 2017, 43 600 IVG médicamenteuses ont été pratiquées en cabinet libéral¹ et 4 500 en centre de santé ou en CPEF. Ces IVG médicamenteuses hors structure hospitalière représentent 22 % du total des IVG. Cette part demeure très inégale selon les régions (*carte 2*). Les IVG en centre de santé sont encore très peu nombreuses, puisqu'elles ne représentent que 2 % du total des IVG en 2017. La moitié d'entre elles ont eu lieu en Île-de-France, alors que cette région totalise moins du quart de l'ensemble des IVG. En 2017, la prise en charge des IVG a été assurée sur 558 sites géographiques, ce qui correspond à 509 établissements juridiques², dont plus des deux tiers sont des établissements publics. La part de ce secteur dans la prise en charge des IVG en établissement continue de croître. En 2017, 85 % des IVG sont pratiquées dans le secteur public, contre 60 % en 1990.

1. Tous régimes d'Assurance maladie confondus, y compris le régime agricole et celui des indépendants.

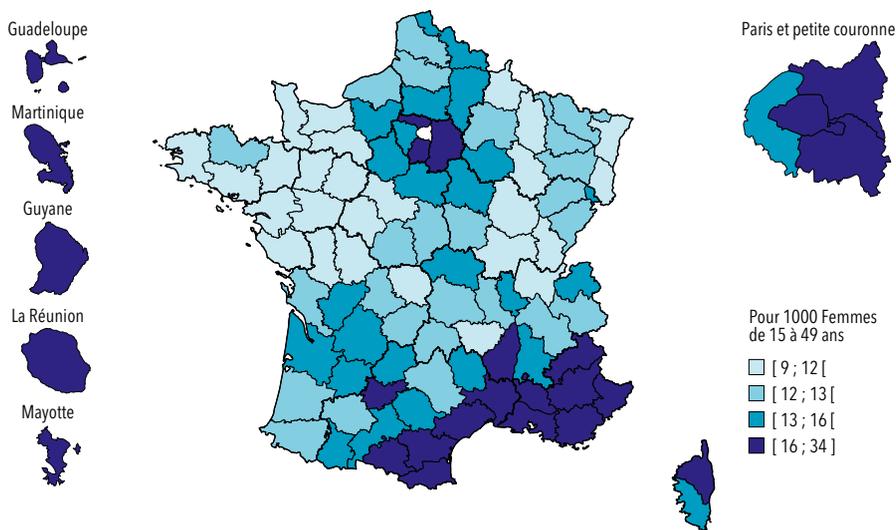
2. Une IVG correspond dans le PMSI à un groupe homogène de malades (GHM) d'IVG, alors que pour la SAE les établissements peuvent fournir un autre nombre d'IVG s'ils considèrent que le nombre de GHM d'IVG ne correspond pas au nombre d'IVG réalisées.

1 533 praticiens conventionnés pratiquent des IVG dans leur cabinet

Les données de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) répertorient 823 gynécologues, 598 omnipraticiens et 101 sages-femmes ayant

réalisé au moins une IVG dans leur cabinet de ville en 2017³. 116 centres de santé, centres de planification ou d'éducation familiale ont été remboursés d'au moins un forfait de prise en charge des frais relatifs à l'IVG. ■

Carte 1 Les recours à l'IVG en 2017

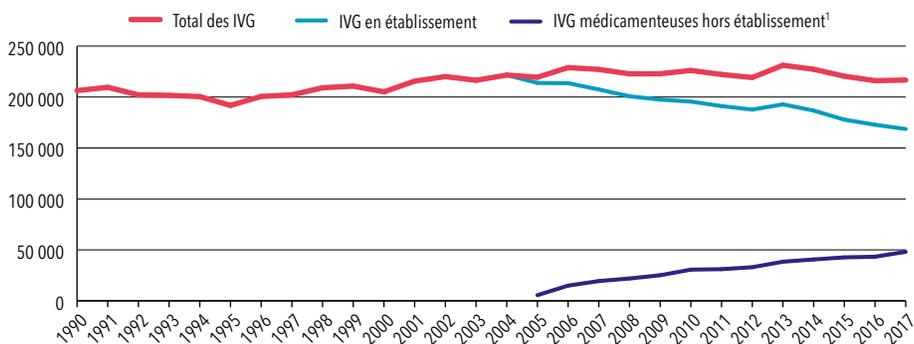


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (Mayotte incluse), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2017 ; CNAM, Sniiram, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2017.

Graphique 1 Évolution du nombre d'IVG depuis 1990



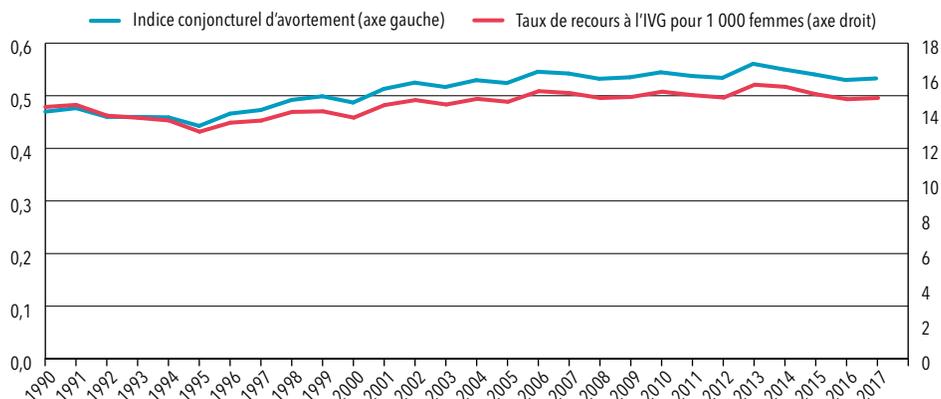
1. Forfait médicaments de ville (FMV) : de 2005 à 2009, selon la date de liquidation (traitement du remboursement par la Sécurité sociale) et le régime général ; à partir de 2010, selon la date des soins et tous régimes confondus.

Champ > France métropolitaine et DROM (Mayotte incluse depuis 2012, non compris Saint Martin et Saint-Barthélemy depuis 2015), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM, Sniiram (forfait médicaments de ville, tous régimes confondus), traitements DREES.

3. 11 praticiens dont la spécialité est autre (chirurgie, médecine interne, endocrinologie)

Graphique 2 Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans et indice conjoncturel d'avortement depuis 1990

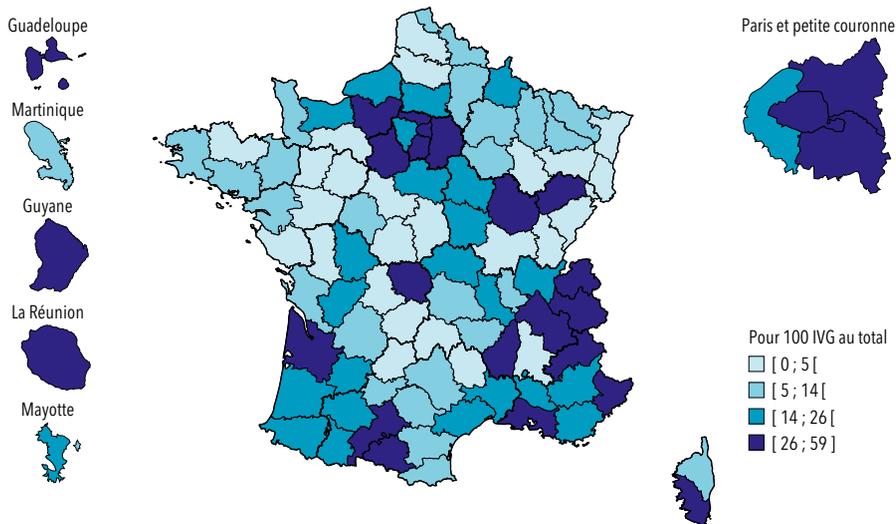


Note > Le taux de recours est calculé en rapportant le nombre total d'IVG à l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans. L'indice conjoncturel d'avortement (ICA) correspond à la somme des taux d'IVG de chaque âge.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte jusqu'en 2013) y compris le SSA, mais non compris la Mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI) jusqu'en 2009.

Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAM, Sniiram, traitements DREES ; Insee, estimation de la population.

Carte 2 Part des IVG médicamenteuses réalisées hors structure hospitalière en 2017



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (Mayotte incluse), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2017 ; CNAM, Sniiram, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy mais Mayotte incluse), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé et, pour les IVG, l'activité et les personnels travaillant au sein des services. Le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) permet de recueillir des données individuelles, avec des indications sur l'âge de la femme et son lieu de domicile. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), via le Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram) recueille le nombre de forfaits remboursés concernant des IVG réalisées en cabinet libéral, en centre de santé et en centre de planification ou d'éducation familiale par méthode médicamenteuse, y compris pour la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) depuis 2010.

Cadrement

La loi du 4 juillet 2001 a introduit une première modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est pratiquée en établissement depuis 1989. La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse dans le cadre de la médecine de ville jusqu'à 5 semaines de grossesse. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. La loi du 19 décembre 2007 et le décret d'application de mai 2009 ont étendu ce dispositif aux centres de santé et aux centres de planification ou d'éducation familiale. Le tarif payé aux établissements de santé pratiquant l'IVG a été revalorisé de 50 % le 31 mars 2013. Tous les actes nécessaires pour réaliser une IVG sont remboursés à 100 % depuis le 1^{er} avril 2016. Les sages-femmes peuvent pratiquer une IVG médicamenteuse depuis le décret d'application de juin 2016.

Pour en savoir plus

> **Collectif** (2011). Dossier thématique : l'interruption volontaire de grossesse. *La Revue française des affaires sociales*, 2011(1).

> **Fourcade, N., von Lenep, F., Grémy, I. et Bourdillon, F. (dir.)** (2017, mai). *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. Paris, France : DREES - Santé publique France. (voir chapitre 6)

> **Vilain, A.** (2018, septembre). 216 7000 interruptions volontaires de grossesse en 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1081.

> **Vilain, A.** (2009, décembre). Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. DREES, *Études et Résultats*, 712.

Depuis 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) développe, valide et met à disposition des indicateurs de structure, de processus et de résultat pour évaluer la qualité et la sécurité des soins du patient dans les établissements de santé, en vue de les améliorer. De nouveaux indicateurs de processus ont été introduits pour mieux apprécier la qualité de la coordination des soins en 2017, au cours et à la sortie d'un séjour hospitalier, ainsi que la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, la montée en charge des indicateurs de satisfaction et d'expérience des patients se poursuit.

La Haute Autorité de santé (HAS) met en œuvre un recueil national d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), réalisé en collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Parce que la qualité des soins est une notion multidimensionnelle (voir définitions, encadré Sources et méthodes), son évaluation s'appuie sur trois grandes catégories d'indicateurs, complémentaires entre eux : les indicateurs de structure, ceux de processus et ceux de résultat. Actuellement, 38 des 41 IQSS utilisés sont des indicateurs de processus (tableau 1). Ils ne sont pas tous mesurés chaque année et évoluent en fonction des recommandations de bonnes pratiques, du cadre réglementaire ou de l'atteinte de l'objectif fixé.

De nouveaux indicateurs pour mieux apprécier la qualité de la coordination des soins, au cours du séjour mais aussi à la sortie

La coordination des soins au cours du séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en hospitalisation à domicile (HAD) est désormais mieux suivie, grâce à trois indicateurs recueillis pour la première fois en 2018 pour l'année 2017 (tableau 2). Le premier concerne la qualité du projet de soins - projet de vie en SSR. Ce projet est le socle de la prise en charge rééducative coordonnée, pluriprofessionnelle et adaptée aux besoins du patient. Sa qualité est jugée sur huit critères, conduisant à un score national moyen pondéré de 84 sur 100 en 2017. Ces premiers résultats sont globalement satisfaisants, puisqu'un projet de soins est formalisé pour huit

patients sur dix. Toutefois, la tenue d'au moins deux réunions pluriprofessionnelles n'est établie que pour six patients sur dix. L'accent doit donc être porté, pour les patients hospitalisés plus de 30 jours, sur la tenue d'une seconde réunion afin d'ajuster le projet de soins à l'évolution du patient.

En second lieu, la qualité de la tenue du dossier patient en HAD est jugée sur huit critères également. Les établissements répondants ont atteint un score moyen de 84 sur 100 en 2017, résultat considéré comme bon. Cependant, l'identification de la personne de confiance, ainsi que l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile et à l'administration des traitements médicamenteux sont à améliorer.

Enfin, le troisième nouvel indicateur concerne la coordination des soins en HAD. Les résultats indiquent que les établissements ont une marge de progression importante, particulièrement sur l'information du médecin traitant, le suivi des intervenants et de leurs tâches, la réalisation de réunions pluriprofessionnelles et la traçabilité de l'évaluation des moyens logistiques déjà en place.

En cancérologie, une réunion de concertation pluridisciplinaire répondant aux standards de qualité est réalisée en moyenne pour 84 % des patients dont le dossier a été analysé. Cet indicateur progresse régulièrement depuis 2013.

La coordination hôpital-ville fait aussi l'objet d'un suivi spécifique, grâce aux indicateurs concernant les informations transmises par l'hôpital à la fin du séjour. Rendue obligatoire par le décret de 2016¹,

1. Le décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

la lettre de liaison à la sortie de l'établissement de santé est un des éléments importants pour assurer la coordination avec les professionnels de santé exerçant en ville. Sa qualité est évaluée en MCO par l'indicateur « qualité de la lettre de liaison à la sortie » composé de 14 critères (dont sa remise effective à la sortie du patient). Les résultats nationaux restent faibles, avec un score national moyen pondéré de 43/100 en 2017, après 35/100 en 2015. Deux axes sont principalement à travailler : la remise de la lettre aux patients et la synthèse des traitements médicamenteux.

En attendant l'adaptation de cet indicateur en SSR (recueil en 2019), c'est celui dénommé « document de sortie en SSR » qui a été calculé sur 2017. Il mesure si le document produit au moment de la sortie du patient comprend les informations indispensables à la continuité des soins : 69 % des patients dont le dossier a été analysé ont reçu à

leur sortie un document comprenant les informations indispensables.

Six nouveaux indicateurs pour suivre le parcours du patient en chirurgie ambulatoire

La HAS a également mis en place un nouveau groupe d'indicateurs de processus permettant de mieux apprécier la qualité et la sécurité des prises en charge en chirurgie ambulatoire, à chaque étape du parcours du patient. L'évaluation de l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire lors de l'admission du patient a été réalisée dans 84 % des cas étudiés. Elle peut cependant être améliorée, notamment en utilisant un outil standardisé comme la « Check-list pour l'accueil du patient à JO » de la HAS. Le recueil et la traçabilité du consentement éclairé du patient sont réalisés dans 82 % des dossiers examinés, ce qui est également satisfaisant.

Tableau 1 Typologie 2017 des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS

Libellé des domaines	Nombre d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins			
	Structure	Processus	Résultats	Ensemble
Coordination				
Coordination au cours du séjour	0	4	0	4
Coordination hôpital-ville	0	2	0	2
Sécurité au cours d'une hospitalisation (dont prévention des IAS)	1	2	1	4
Éléments de prise en charge spécifique				
Dépistage des troubles nutritionnels en MCO, HAD et SSR.	0	3	0	3
Évaluation du risque d'escarres en HAD	0	1	0	1
Évaluation de la douleur en salle de surveillance post-interventionnelle	0	1	0	1
Parcours de prise en charge (indicateurs non collectés pour 2017)				
Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum	0	3	0	3
Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral	0	6	0	6
Prise en charge des patients hémodialysés chroniques	0	5	0	5
Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte	0	5	0	5
Parcours du patient en chirurgie ambulatoire	0	6	0	6
Expérience et satisfaction du patient (e-satis)	0	0	1	1
Ensemble des domaines	1	38	2	41

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

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

Source > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

La douleur est une cause fréquente de ré-hospitalisation précoce et d'anxiété pour le patient. Pourtant, l'anticipation de la prise en charge de la douleur est encore peu réalisée (22 %) et nécessite une amélioration pour réduire les recours à des soins en urgence

après la sortie. L'évaluation du patient à la sortie de la structure reste aussi à améliorer : 23 % des patients n'ont reçu aucune information sur les signes ou complications devant les amener à recontacter l'établissement en urgence.

Tableau 2 Indicateurs de structure et de processus pour la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé, moyennes nationales pondérées

Indicateurs par domaine recueillis sur 2017	2013	2015	2017
Coordination au cours du séjour			
Projet de soins - Projet de vie en SSR	-	-	84/100
Tenue du dossier patient en HAD - version 2	-	-	84/100
Coordination en HAD	-	-	69/100
Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	79%	82%	84%
Coordination hôpital-ville			
Qualité de la lettre de liaison à la sortie en MCO	-	35/100	43/100
Document à la sortie - SSR	-	-	69%
Sécurité au cours d'une hospitalisation (dont prévention des IAS)			
ICSHA.3 : consommation des produits hydro-alcooliques - version 3 (score médian)	-	-	68% ¹
ICATB.2 : indicateur composite de bon usage des antibiotiques - version 2	-	81/100	85/100
Tenue du dossier d'anesthésie	85/100	86/100	88/100
Éléments de prise en charge			
Dépistage des troubles nutritionnels- MCO	-	76%	80%
Dépistage des troubles nutritionnels- HAD	59%	71%	73%
Dépistage des troubles nutritionnels- SSR	-	80%	82%
Évaluation du risque d'escarres - HAD	73%	83%	84%
Évaluation de la douleur en salle de surveillance post-interventionnelle	60%	73%	80%
Parcours du patient en chirurgie ambulatoire			
Évaluation de l'éligibilité à l'admission	-	-	84%
Consentement du patient	-	-	82%
Anticipation de la prise en charge de la douleur	-	-	22%
Évaluation du patient pour la sortie de la structure	-	-	77%
Qualité de la lettre de liaison après chirurgie ambulatoire	-	-	46/100
Contact entre la structure et le patient entre J+1 et J+3	-	-	57%

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

1. médiane nationale : la moitié des établissements sont en dessous de 68%.

Lecture > Les notes sur 100 indiquent un score national moyen. 84/100 correspond ainsi au score national moyen pondéré concernant le projet de soins - projet de vie pour le SSR, atteint en 2017. Les pourcentages indiquent une proportion nationale de dossiers patients remplissant une condition. En moyenne, au niveau national, 84 % des dossiers de chirurgie ambulatoire contiennent ainsi une évaluation de l'éligibilité à l'admission.

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

Source > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

La qualité de la lettre de liaison après chirurgie ambulatoire, évaluée sur la base de 12 critères, n'est pas non plus satisfaisante (score national moyen pondéré de 46/100). L'amélioration doit cibler la remise de la lettre au patient et la planification des soins à la sortie. Enfin, l'existence de contacts entre l'établissement et le patient dans les trois jours suivant la sortie (J+1 à J+3), qui permet de dépister d'éventuelles complications précoces et de rappeler les modalités de prise d'antalgiques, n'est constatée que pour 57 % des patients.

La sécurité au cours d'une hospitalisation, dont la prévention des infections associées aux soins

Le thème de la sécurité des soins au cours d'une hospitalisation est suivi par quatre indicateurs pour 2017. L'indicateur de processus sur la consommation de produits hydro-alcooliques (ICSHA.3) mesure l'utilisation par les professionnels de solutions hydro-alcooliques pour se désinfecter les mains, geste majeur pour prévenir les infections associées aux soins (IAS) [voir définitions, encadré Sources et méthodes]. Un objectif est fixé à chaque établissement, qui doit l'atteindre à 100 %. Les résultats de cette version plus exigeante montrent une marge d'amélioration encore importante pour la plupart des 2 615 établissements de santé ayant participé au recueil : la moitié d'entre eux ont atteint moins de 68 % de leur objectif.

Autre mesure de la prévention des IAS, l'indicateur de structure de bon usage des antibiotiques (ICATB.2) montre quant à lui des résultats satisfaisants et en progression, avec un score national moyen de 85/100 en 2017, après 81/100 en 2015.

Le dossier d'anesthésie constitue un élément essentiel de la continuité et de la sécurité des soins péri-anesthésiques et péri-interventionnels. L'indicateur de processus qui suit la qualité de sa tenue, jugée sur 13 critères, est en progression régulière depuis 2013. Les résultats obtenus en 2017 sont satisfaisants et en légère hausse, avec un score national moyen pondéré de 88/100, après 86/100 en 2015.

Enfin, l'indicateur ETE-ORTHO est un indicateur de résultat calculé depuis deux ans à partir du PMSI-MCO, qui suit les événements thrombo-emboliques après pose de prothèse totale de hanche (PTH) ou prothèse totale de genou (PTG). Parmi les 740 établissements concernés, 47 ont des résultats moins bons que prévus en 2017², ce qui représente une amélioration par rapport aux deux années précédentes (tableau 3). En complément, en 2017, le taux national brut d'événements thrombo-emboliques après la pose de PTH ou PTG est de 8,88 ‰ de la population analysée. Ce taux est en baisse régulière depuis 2015. Pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, trois axes sont à travailler : la cause de survenue de ces événements doit être analysée par localisation de la prothèse, l'écho-Doppler diagnostique ne doit pas être utilisé de manière systématique et les antécédents d'événements thrombo-emboliques doivent être mieux codés dans le PMSI-MCO.

Trois indicateurs de processus sur des éléments de prise en charge spécifiques en 2017

La HAS suit chaque année certains éléments spécifiques de prise en charge. Pour 2017, le premier concerne le dépistage des troubles nutritionnels. La part des patients pour lesquels des dépistages ont été réalisés est satisfaisante en MCO et en SSR (respectivement 80 % et 82 % des patients), avec une progression depuis 2015. En HAD, cette part reste moyennement satisfaisante (73 % des patients), bien qu'elle ait progressé significativement (59 % en 2015). Dans les structures d'HAD, la mention d'une seconde mesure du poids dans les 15 jours suivant la première mesure et la recherche de variation du poids à l'entrée restent à améliorer.

Le deuxième élément concerne l'évaluation du risque d'escarres chez les patients à risque en HAD, parce que peu autonomes³. En 2017, elle est réalisée pour 84 % des patients étudiés. Bien qu'en amélioration depuis 2015, la systématisation de cette évaluation reste à atteindre.

2. C'est-à-dire que le taux observé d'événements thromboemboliques dans ces établissements est supérieur au taux attendu.

3. Il s'agit des patients dont l'indice de Karnofsky, qui évalue le degré d'autonomie des patients, est inférieur à 50. Pour l'année 2017, 10 001 dossiers ont été analysés par 262 établissements.

Le troisième mesure la proportion de dossiers mentionnant une évaluation de la douleur en salle de surveillance post-interventionnelle. En 2017, 80 % des dossiers analysés comportent cette évaluation, soit un niveau satisfaisant, en progression de 20 points depuis 2013.

La montée en charge des indicateurs de satisfaction et d'expérience des patients se poursuit

Recueillir le point de vue des patients est devenu incontournable pour améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé.

La mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients (e-Satis) permet de porter un regard complémentaire aux autres indicateurs de qualité centrés sur le respect des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles.

La satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO est mesurée depuis 2016 dans le cadre du dispositif e-Satis. La note moyenne donnée par les patients au niveau national est de 73,2/100 en 2017, proche du niveau de 2016. La collecte de cet indicateur est encore en phase de montée en charge, puisque 2017 est la

Tableau 3 Indicateurs de résultats pour la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé

Indicateurs de résultats recueillis sur 2017	2015	2016	2017
Dispositif e-Satis : expérience et satisfaction des patients			
Indicateur e-Satis 48h MCO : expérience et satisfaction des patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO¹			
Score national de satisfaction globale et d'expérience	-	72,7/100	73,2/100
Pour information, note par sous-dimension :			
Accueil du patient	-	72,7/100	73,1/100
Chambre ²	-	71,3/100	71,7/100
Repas ²	-	57,2/100	58,1/100
Prise en charge - médecin ²	-	79,9/100	80,3/100
Prise en charge - infirmier ²	-	80,5/100	81/100
Organisation de la sortie	-	62,6/100	63/100
Nombre d'établissements concernés	-	1 493	1 465
Nombre de patients ayant répondu	-	56 759 (sur 6 mois)	124 628 (sur 12 mois)
Sécurité au cours de l'hospitalisation			
Indicateur ETE-ORTHO : évènements thrombo-emboliques après pose de PTH ou PTG³			
Nombre d'établissements ayant un ratio supérieur à la limite ⁴	54	54	47
Pour information :			
Taux national brut d'évènements thromboemboliques après la pose de PTH ou PTG ² (pour mille)	13,30	10,68	8,88
Nombre d'établissements pris en compte (au moins 10 séjours cibles)	759	754	740

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PTG : prothèse totale de genou ; PTH : prothèse totale de hanche (hors fracture).

1. Le champ est limité aux patients qui ont une adresse mail.

2. Les chiffres 2016 ont été révisés.

3. Calculé à partir du PMSI-MCO : Taux donné pour 1 000 patients.

4. Le ratio ETE-ORTHO rapporte le taux observé de l'établissement à son taux attendu. Il est supérieur à la limite lorsqu'il dépasse de trois fois l'écart-type sa valeur de référence (égale à 1).

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

Sources > HAS, indicateurs de qualité et de sécurité des soins, avec l'appui de l'ATIH, PMSI MCO.

première année complète de collecte en continu : 190 470 questionnaires complets de patients ont été collectés dans 1 113 établissements de MCO (56 759 questionnaires patients en 2016 pendant six mois). L'analyse détaillée des résultats au niveau national indique un besoin d'amélioration de la qualité des repas et de l'organisation de la sortie

des patients, ce dernier point faisant notamment écho aux résultats des indicateurs de coordination hôpital-ville.

En 2018, la mesure de la satisfaction et de l'expérience du patient sera étendue aux patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire, puis progressivement à l'HAD et au SSR en 2020. ■

Encadré Sources et méthodes

Champ

Établissements de santé, publics et privés, en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins utilisent plusieurs sources de données différentes : les dossiers des patients et des questionnaires *ad hoc* à destination des établissements ou des patients pour des recueils spécifiques. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est aussi mobilisé pour calculer certains indicateurs.

Définitions

➤ **Qualité des soins** : L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité des soins comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». La qualité des soins est donc une notion multidimensionnelle.

➤ **Indicateurs de structure** : ils mesurent les moyens mis en œuvre (gestion des ressources humaines, matérielles, financières, organisation des services) durant le processus de soins.

➤ **Indicateurs de processus** : ils mesurent la qualité des pratiques d'une activité de soins et le respect des recommandations et bonnes pratiques professionnelles.

➤ **Indicateurs de résultats** : ils mesurent directement, à l'issue des soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en matière d'efficacité, de satisfaction et de sécurité.

➤ **ICSHA.3** : troisième version de l'indicateur sur la consommation de solutions hydro-alcooliques. Cet indicateur de processus, exprimé en pourcentage, est le ratio entre le volume consommé par l'établissement et l'objectif personnalisé de consommation de l'établissement, fixé au vu de l'activité par type de soins de l'établissement. Dans le tableau 2, le pourcentage indiqué correspond à la médiane nationale : la moitié des établissements se situent en dessous de ce pourcentage.

➤ **ICATB.2** : deuxième version de l'indicateur composite du bon usage des antibiotiques. Cet indicateur mesure l'organisation, les moyens et les actions mis en œuvre par l'établissement pour prévenir les résistances bactériennes aux antibiotiques et maîtriser la consommation des antibiotiques. Le score chiffré est calculé sur un total de 100 points répartis sur 27 critères. Dans le tableau 2, le pourcentage correspond au score moyen atteint au niveau national.

Méthodologie

Pour la Haute Autorité de santé, un indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) doit mesurer une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins. Son lien avec la qualité des soins doit être préalablement démontré par une analyse de la littérature ou par un consensus d'experts. Il est validé sur l'ensemble des points suivants : il doit faire sens pour les cliniciens (pertinence clinique) et pour l'amélioration



••• de la qualité des soins (marges d'amélioration et caractère discriminant), avoir de bonnes qualités métrologiques (fiabilité et fidélité), permettre la comparaison entre les établissements, être collecté de manière simple et reproductible et pouvoir faire l'objet d'un ajustement si besoin (correction des résultats pour assurer la comparabilité).

Réalisés en collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), les IQSS concernent les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SSR), d'hospitalisation à domicile (HAD) et de psychiatrie. Actuellement au nombre de 41, ils ne sont pas tous mesurés chaque année et évoluent en fonction des recommandations de bonnes pratiques, du cadre réglementaire ou de l'atteinte de l'objectif fixé.

Les résultats des indicateurs de processus sur la qualité et la sécurité des soins se présentent sous deux formes : soit sous la forme d'un score de qualité compris entre 0 et 100, qui correspond à la moyenne des scores calculés pour chaque dossier de l'échantillon ; soit sous la forme de proportions ou pourcentages pour les variables binaires, une proportion pouvant être considérée comme un cas particulier de moyenne d'une variable binaire prenant pour valeur 0 ou 1.

La diffusion publique des résultats des IQSS, fixée annuellement par arrêté ministériel, est assurée par les établissements de santé et par le site Scope Santé (www.scopesante.fr). En raison de la large utilisation des IQSS, un contrôle qualité annuel de leur recueil est effectué dans le cadre d'une orientation nationale d'inspection-contrôle (Onic) menée par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), dont les résultats conduisent à valider ou à modifier le recueil.

La HAS met en œuvre le recueil national des IQSS afin que l'ensemble des établissements pilotent, notamment avec ces outils, leur dispositif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces indicateurs sont notamment utilisés dans la certification des établissements de santé, pour l'information des usagers sur le site Scope Santé et dans des dispositifs de régulation comme l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). L'ensemble des établissements ont à leur disposition leurs résultats détaillés pour l'ensemble des IQSS. Pour ceux portant sur la satisfaction et l'expérience des patients, ils disposent également du verbatim des patients.

Pour en savoir plus

> **Site internet de la Haute Autorité de santé** : www.has-sante.fr

> **Duhamel, G. et Minvielle, E.** (2009). Évaluer et améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. Dans P.-L. Bras, G. (de) Pourourville, D. Tabuteau (dir.). *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Paris, France : Presses de la FNSP, p.307-314.

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2018, décembre). *Indicateurs de qualité et de sécurité des soins : Rapport des résultats nationaux de la campagne 2018*.

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2018, décembre). La HAS affine ses indicateurs pour mesurer le résultat au bénéfice du patient. Dossier de presse.

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2017, décembre). Satisfaction des patients hospitalisés & résultats 2017 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques en France. Dossier de presse.

> **Haute Autorité de santé (HAS)** (2012, septembre). *Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de qualité des soins*.

La situation économique du secteur

En 2017, la dépense pour les médicaments et dispositifs médicaux figurant sur la liste des produits et prestations pris en charge par l'assurance maladie obligatoire en sus des prestations de séjour et d'hospitalisation, dite « liste en sus », s'élève à 5,4 milliards d'euros. Cette dépense a augmenté de 8,5 % par rapport à 2016, et de 30 % en cinq ans, bien plus rapidement que l'ensemble de la consommation des soins hospitaliers (+9,8 % depuis 2012). Elle représente 5,8 % de la consommation hospitalière et se concentre sur un faible nombre de médicaments et de dispositifs médicaux.

Le financement des médicaments et dispositifs médicaux de la liste en sus

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le financement des médicaments et des dispositifs médicaux administrés aux patients lors de leur séjour à l'hôpital est pris en charge selon différentes modalités. De manière générale, l'Assurance maladie couvre ces dépenses à hauteur des forfaits prévus par les groupes homogènes de séjours (GHS). Un financement dérogatoire est assuré pour certains produits (médicaments et dispositifs médicaux) inscrits sur la liste en sus, en vertu de l'article L.162-22-7 du Code de la Sécurité sociale. Ce dispositif doit garantir le financement de traitements innovants et onéreux et favoriser leur accès aux patients.

Forte hausse de la dépense pour les médicaments de la liste en sus en 2017

En 2017, la dépense associée aux seuls médicaments de la liste en sus (champs médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO] et hospitalisation à domicile [HAD] confondus) s'élève à 3,4 milliards d'euros, dont 98 % sont dédiés au champ MCO uniquement. Cette dépense est en très forte augmentation par rapport à 2016 (+11,4 %). Il s'agit de la plus forte progression observée depuis six ans (*graphique 1*). Le nombre d'unités administrées¹ augmente également de manière importante au cours de l'année 2017 (+8,8 %). Cette évolution ne prend

pas en compte les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou en post-ATU (voir encadré Sources et méthodes).

Les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif pèsent pour 83 % de la dépense des médicaments de la liste en sus en 2017. Leurs dépenses progressent de 290 millions d'euros en 2017, soit une hausse de 11,3 %, la plus forte de ces dernières années. Le reste de la dépense concerne les établissements de santé privés à but lucratif (17 %). Celle-ci est également en forte hausse (+11,8 %).

Les traitements anticancéreux et pour les maladies auto-immunes représentent 80 % des remboursements de la liste en sus

Deux classes thérapeutiques de médicaments comptent pour 80 % de la dépense totale : les antinéoplasiques (L01, médicaments anticancéreux), pour un peu plus de 60 %, et les immunosuppresseurs (L04, traitements pour les maladies auto-immunes), pour un peu moins de 20 %. La classe des antinéoplasiques augmente fortement en 2017 (+21 %), s'élevant à 2,1 milliards d'euros. La dépense pour les immunosuppresseurs recule légèrement en 2017 (-1 %), pour s'établir à un montant de 640 millions d'euros.

D'autres classes ont un poids non négligeable sur la dépense en 2017 :

- les sérums immunisants et immunoglobulines (J06) : 8 % de la dépense ;

1. Une unité administrée fait référence à la codification en unité commune de dispensation (UCD). Cela correspond à la plus petite unité de dispensation (comprimé, flacon...). Un même médicament peut être conditionné de différentes manières (taille du flacon, dosage du comprimé), ce qui donnera lieu à des codes UCD différents.

- les autres produits liés au tractus digestif et au métabolisme (A16) : 5 % ;
- les antihémorragiques (B02) : 4 % ;
- les antimycotiques (J02) : 3 %.

L'arrivée du nivolumab explique la forte progression des dépenses

On dénombre 98 substances actives inscrites sur la liste en sus en 2017, contre 97 en 2016. Les dix substances pour lesquelles les plus fortes dépenses sont observées représentent deux tiers de la dépense totale. Cette part atteint 80 % pour les 20 premiers médicaments et 90 % pour les 30 premiers. Au fil des ans, la dépense demeure toujours aussi concentrée sur un faible nombre de médicaments, bien que ceux-ci changent au gré des inscriptions, des radiations ou encore des évolutions des tarifs.

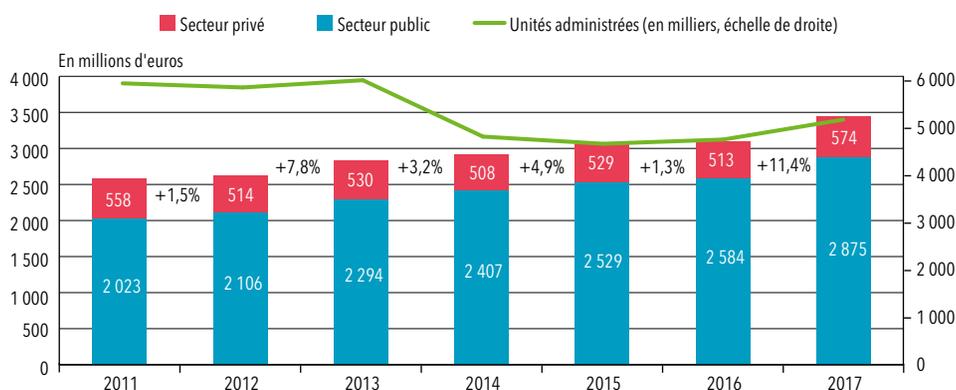
L'arrivée du nivolumab (Opdivo) dans la liste explique l'essentiel de la hausse des dépenses en 2017. Inscrit fin décembre 2016, il a compté pour 314 millions d'euros durant l'année 2017, en première position des dépenses de l'année (graphique 2). Dans une moindre mesure, les entrées du pembrolizumab (Keytruda) et

du védolizumab (Entyvio) ont également eu un effet important, entraînant une nouvelle dépense en 2017 respectivement de 86 millions et de 32 millions d'euros. Pour deux médicaments en tête du classement en 2016, les dépenses ont baissé de façon importante en 2017. Celles du bévacicumab (antinéoplasique) ont diminué de 16 %. Certaines des indications de ce médicament ne donnaient plus lieu à un remboursement dans le cadre de la liste en sus, en raison de sa radiation partielle en septembre 2016. Celles de l'infliximab (immunosuppresseur) ont diminué de 20 %, en raison d'une baisse du tarif intervenue début septembre 2016.

Hausse des dispositifs médicaux de la liste en sus

Certains dispositifs médicaux sont également pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Un montant de 1,9 milliard d'euros a été consacré à l'ensemble de ces dispositifs dans le champ MCO en 2017, en hausse de 3,8 % au cours de l'année (graphique 3). Entre 2012 et 2017, les dépenses dans le secteur public en matière de dispositifs médicaux connaissent une forte progression (+39 %),

Graphique 1 Dépenses et unités administrées pour les médicaments de la liste en sus entre 2011 et 2017



ATU : autorisation temporaire d'utilisation ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.

Note > Les dépenses et les unités administrées des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier figurent dans les dépenses du secteur public (en bleu).

Lecture > Entre 2016 et 2017, les dépenses pour les médicaments inscrits sur la liste en sus ont augmenté de 11,4 % (hors dépenses de médicaments en ATU ou post-ATU), secteurs public et privé confondus.

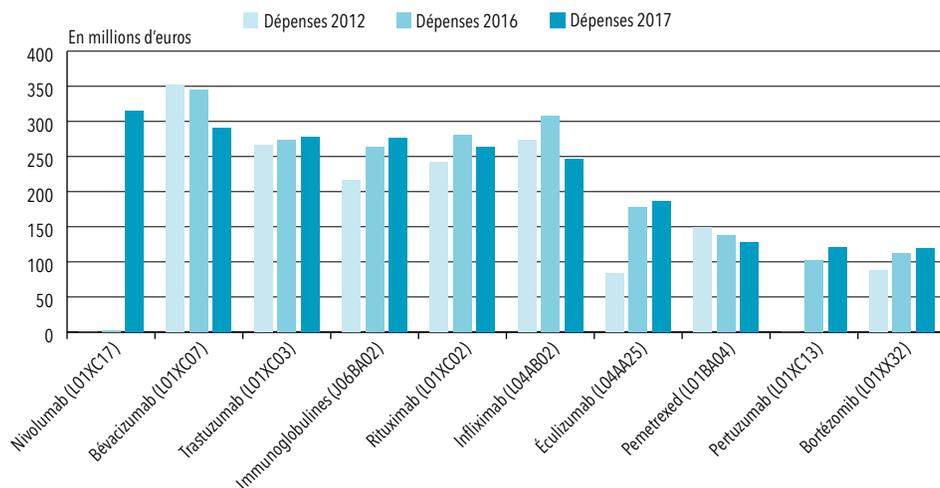
Champ > France métropolitaine et DROM (non inclus Mayotte pour les dépenses, inclus Mayotte pour les unités administrées ; non inclus les médicaments en ATU et post-ATU pour les unités administrées), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus.

Source > ATIH, données ScanSanté.

plus importante que celles dans le secteur privé (+14 %). Depuis 2014, le montant des dépenses du secteur public est plus élevé que celui du secteur privé et il continue de croître plus vite que ce dernier. Certains types de dispositifs concentrent l'essentiel de la dépense. Ainsi, les implants orthopédiques

comptent pour 42 % de la dépense en 2017 (dont près de 90 % pour les implants articulaires), suivis par les implants cardiaques et vasculaires d'origine synthétique (22 %), les stimulateurs cardiaques (11 %) et les implants cardio-vasculaires issus de dérivés d'origine animale (10 %). ■

Graphique 2 Dépenses en 2012, 2016 et 2017 pour les dix médicaments les plus coûteux de la liste en sus en 2017

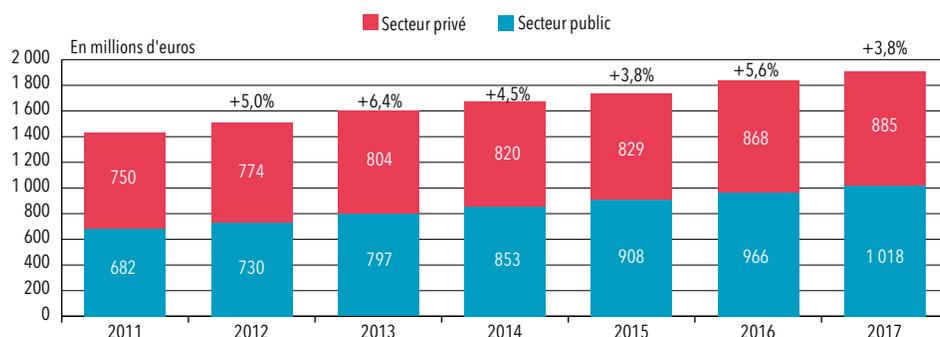


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile.

Champ > France métropolitaine et DROM (non compris Mayotte), y compris le SSA, champs MCO et HAD confondus.

Source > ATIH, données ScanSanté.

Graphique 3 Dépenses pour les dispositifs de la liste en sus entre 2011 et 2017



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Lecture > Entre 2016 et 2017, les dépenses pour les dispositifs médicaux de la liste en sus ont augmenté de 3,8 %, secteurs public et privé confondus. Les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier figurent dans les dépenses du secteur public (en bleu).

Champ > France métropolitaine et DROM (Mayotte non incluse), y compris le SSA, champ MCO.

Source > ATIH, données ScanSanté.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Spécialités pharmaceutiques de la liste en sus (hors rétrocession hospitalière), pour la France entière, y compris le service de santé des armées (SSA). Pour Mayotte, les données du centre hospitalier sont incluses pour le nombre d'unités administrées, mais les dépenses associées ne sont pas comptabilisées dans la mesure où cet établissement n'est pas soumis à la tarification à l'activité.

Les données portent sur les champs de la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de l'hospitalisation à domicile (HAD). Pour les dispositifs médicaux, les données portent uniquement sur le champ MCO. Dans cette fiche, les chiffres de la dépense des médicaments de la liste en sus portent sur des données en date de remboursement, et non en date de soins. Ils n'incluent pas les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou ayant bénéficié d'une ATU et en attente d'un financement définitif (post-ATU), dispensés lors d'un séjour en établissement de santé. Il s'agit de spécialités pharmaceutiques qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché mais peuvent, à titre exceptionnel faire l'objet d'une ATU, délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), si elles sont destinées à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée. Depuis 2017, leurs dépenses sont financées comme les médicaments de la liste en sus, par le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) créé par l'article 95 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2017 et sont remboursés selon les mêmes modalités. En 2017, ces dépenses s'élèvent à 214 millions d'euros.

Les dépenses de médicament d'ATU et de post-ATU sont en revanche prises en compte dans la fiche 2.22 de l'annexe 1 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2019 dans le programme de qualité et d'efficacité, volet « Maladie ». Pour cette raison, l'évolution 2016-2017 de la dépense de médicaments dans ce document est différente de celle présentée dans cette fiche.

Source

Données ScanSanté de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), issues de la remontée d'informations par les établissements de santé sur leurs achats de spécialités inscrites sur la liste en sus pour en obtenir le remboursement.

Définitions

- > **Groupes homogènes de séjour (GHS)** : il s'agit du tarif forfaitaire destiné à couvrir les frais occasionnés par la mise à disposition de l'ensemble des prestations relatives à l'hospitalisation du patient. Cette couverture se base sur la classification en groupes homogènes de malade (GHM).
- > **Classe thérapeutique** : le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) est utilisé pour classer les médicaments. Ces derniers sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques.
- > **Substance active** : elle désigne l'ensemble des composants d'un médicament qui possèdent un effet thérapeutique (qu'il s'agisse d'une substance pure chimiquement définie, d'un mélange de plusieurs substances chimiquement proches ou encore d'une substance définie par son mode d'obtention).

Pour en savoir plus

- > Programmes de qualité et d'efficacité 2019 (PQE) « Maladie », 2018, site de la Sécurité sociale.

En 2017, la consommation de soins hospitaliers (établissements des secteurs public et privé, hors soins de longue durée) s'élève à 92,8 milliards d'euros. Elle est moins dynamique en 2017 (+0,9 %) que les années précédentes (+1,7 % en 2016 et +2,6 % en moyenne par an au cours de la période 2008-2015). Un fort ralentissement des volumes de soins dans le public comme dans le privé – les prix étant stables en 2017 tous secteurs confondus (0,0 %) – explique cette inflexion. La consommation de soins hospitaliers représente 46,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. L'Assurance maladie finance 91,6 % des dépenses de soins hospitaliers en 2017.

Un ralentissement marqué des volumes de soins hospitaliers dans le public comme dans le privé

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) et psychiatrie donne lieu à une dépense de soins s'élevant à 92,8 milliards d'euros en 2017 (tableau 1). La consommation de soins hospitaliers est moins dynamique en 2017 (+0,9 %) que les années précédentes (+1,7 % en 2016 et +2,6 % en moyenne par an au cours de la période 2008-2015). Cette inflexion s'explique entièrement par un fort ralentissement des volumes de soins dans le public comme dans le privé, les prix étant stables en 2017 tous secteurs confondus (0,0 %). Ces soins hospitaliers représentent 46,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cette part diminue légèrement depuis 2015, après avoir atteint un point haut en 2014, à 46,8 %. Enfin, la consommation de soins hospitaliers représente 5,9 % de la consommation finale effective des ménages en 2017. Cette part a légèrement augmenté depuis 2008 (+0,4 point) [graphique 1].

Le secteur public représente à lui seul 77,0 % de la consommation de soins hospitaliers en 2017, cette part étant stable depuis 2008. La consommation dans le secteur hospitalier public, qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif, s'élève ainsi à 71,5 milliards d'euros en 2017. Elle augmente plus faiblement qu'en

2016 en valeur (+0,8 % après +1,6 % en 2016) [graphique 2], en raison d'un très fort ralentissement des volumes (+0,4 % après +1,8 % en 2016). Les prix dans ce secteur repartent légèrement à la hausse en 2017 (+0,4 %). Les prix avaient baissé en 2016 (-0,3 %) et 2015 (-0,3 %), notamment en raison du ralentissement de la croissance de la masse salariale hospitalière intervenue ces mêmes années.

La consommation de soins hospitaliers en secteur privé s'élève en 2017 à 21,4 milliards d'euros. Les dépenses comptabilisées le sont par lieu d'exécution des soins et à ce titre comprennent l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux exerçant dans le secteur privé, ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées. La consommation de soins hospitaliers privés est également moins dynamique en 2017 qu'en 2016 en valeur (+1,2 % après +2,4 %). Cette plus faible progression est portée par le ralentissement des volumes d'activité (+2,6 % après +3,8 % en 2016), dans un contexte de baisse des prix similaire à celle de 2016 (-1,4 %). Cette baisse des prix s'explique en partie par la modération des frais de séjour, liée aux baisses tarifaires et au crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), ainsi que par la modération des dépassements d'honoraires des praticiens (+2,7 % après +3,1 % en 2016).

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins

hospitaliers (91,6 % en 2017). En comparaison, la Sécurité sociale finance 77,8 % de l'ensemble de la CSBM (graphique 3). L'intervention des autres financeurs est donc très faible. La part des organismes complémentaires est cependant en progression depuis 2008 (5,1 % en 2017 contre 4,8 % en 2008), tandis que la part de la Sécurité sociale diminue (91,6 % en 2017 contre 91,8 % en 2008).

Ces évolutions s'expliquent, d'une part, par les hausses du forfait journalier hospitalier (+1 euro en 2007 et +2 euros en 2010) et des tarifs journaliers de prestations (TJP), qui servent de base au calcul pour les tickets modérateurs à l'hôpital public, et d'autre part, par la mise en place, fin 2007, de la participation des assurés de 18 euros pour les actes lourds et le relèvement de son seuil d'application en 2011. ■

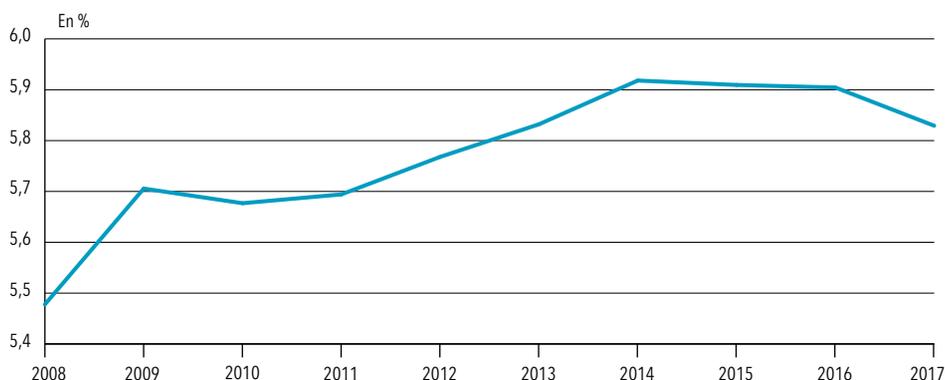
Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux depuis 2008

	En millions d'euros									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consommation de soins hospitaliers	75 390	78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 002	92 848
Secteur public	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	70 864	71 463
Secteur privé	17 451	18 145	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 386
Part dans la consommation de soins et de biens médicaux (en %)	45,7	46,1	46,3	46,3	46,5	46,8	46,8	46,9	46,8	46,6

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

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 2008

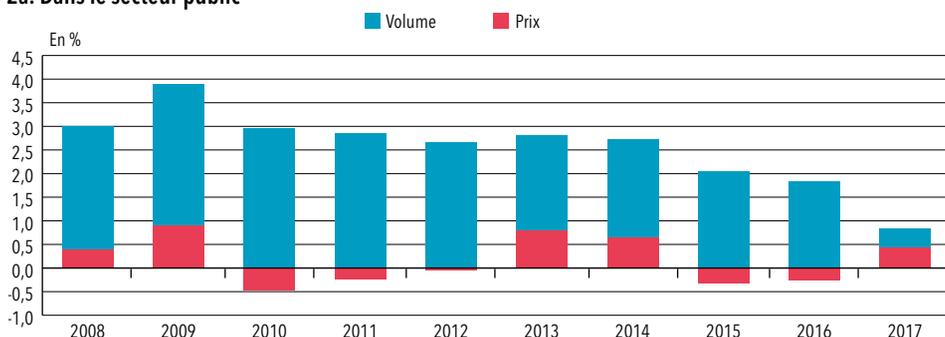


Champ > France métropolitaine et DROM (inclus Mayotte, exclus Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

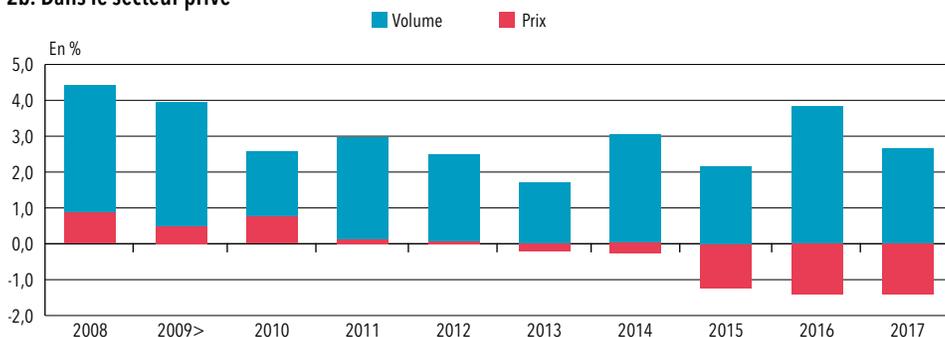
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee, comptes nationaux, base 2014, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution de la consommation de soins hospitaliers dans les secteurs public et privé

2a. Dans le secteur public



2b. Dans le secteur privé

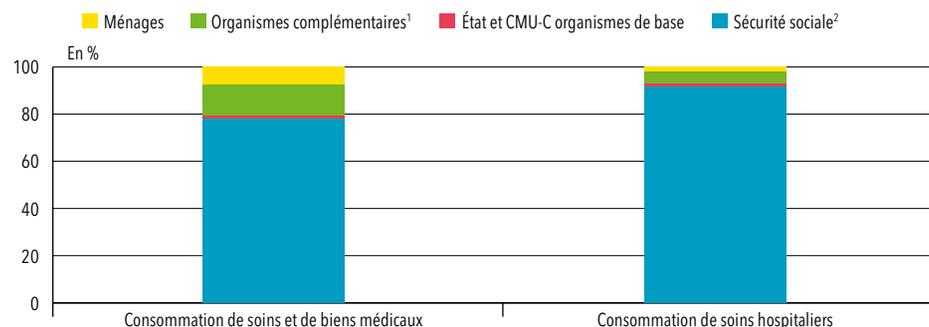


Note > Compte tenu des différences de méthodologie de mesure et de périmètre des tarifs dans les secteurs public et privé, les indices de prix des deux secteurs ne sont pas directement comparables (voir Gonzalez, *et al.*, 2018, annexe 2 « La méthodologie des comptes de la santé »).

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

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Structure de financement de la consommation de soins en 2017



CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

1. Y compris les prestations CMU-C versées par ces organismes.

2. Y compris le déficit implicite des hôpitaux publics.

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

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici concerne la consommation de soins hospitaliers des établissements de santé des secteurs public et privé en 2017, en France métropolitaine et dans les DROM (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (soins de longue durée et soins en maisons de retraite) sont exclues.

Définitions

Dans les comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement :

- > **Secteur public** : il regroupe les établissements de santé publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif.
- > **Secteur privé** : il regroupe principalement les établissements à but lucratif.
- > **Consommation de soins hospitaliers** : ensemble des services (soins et hébergement) fournis par les hôpitaux du secteur public et par les établissements du secteur privé (à but lucratif ou non).
- > **Consommation de soins et de biens médicaux** : agrégat central des comptes de la santé, elle représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense liées notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisées dans la dépense courante de santé.
- > **Consommation finale effective des ménages** : elle inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Pour en savoir plus

> **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J.C., Mikou, M. et Ferretti, C. (2018).** *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DRESS-santé.

D'après les premières estimations, en 2017, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 15 milliards d'euros. Leur taux de rentabilité s'établit à 3,5 % du chiffre d'affaires en 2017, proche de son plus haut niveau depuis 2006. Le taux d'endettement des cliniques privées, orienté à la baisse depuis 2012, continue de diminuer et atteint 33,3 % des capitaux permanents. L'effort d'investissement, avec 4,8 % du chiffre d'affaires en 2017, confirme sa tendance à la hausse entamée en 2013.

La rentabilité s'établit à 3,5 % du chiffre d'affaires en 2017

D'après les premières estimations, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 15,0 milliards d'euros en 2017, soit une hausse de 2,1 % par rapport à 2016 (*tableau 1*). Leur rentabilité nette, qui rapporte le résultat net au chiffre d'affaires, est évaluée à 3,5 % en 2017, soit une baisse de 0,2 point par rapport au niveau de 2016, qui était le plus élevé depuis 2006.

La baisse du résultat net est la conséquence d'un léger repli à la fois du résultat financier – qui mesure les opérations se rapportant directement à l'endettement et aux placements – et du résultat d'exploitation. L'excédent brut d'exploitation diminue pour la deuxième année consécutive, pour atteindre 6,4 % du chiffre d'affaires en 2017, après 6,7 % en 2016.

Les évolutions récentes de l'excédent brut sont pour une grande part le reflet de la mise en place, en 2013, du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), avantage fiscal pour les entreprises. Cette mesure a entraîné une baisse des cotisations sociales et donc des frais de personnel. Pour tenir compte du fait que les cliniques sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont atténué son effet positif en 2013 et 2014, *via* des baisses tarifaires des séjours hospitaliers. L'effet positif du CICE a été entièrement neutralisé à partir de 2015 par une diminution supplémentaire des tarifs.

La rentabilité diminue pour les cliniques de MCO et de SSR

Les niveaux de rentabilité sont très variables selon le secteur d'activité et ont évolué de manière différente

en 2017 (*graphique 1*). Pour les cliniques du secteur de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), la rentabilité baisse de 0,2 point pour s'établir à 2,8 % du chiffre d'affaires. La rentabilité nette des cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) diminue aussi et s'établit à 5,6 % en 2017, se maintenant ainsi toutefois à un niveau élevé au regard des dix dernières années. Après un repli ponctuel en 2016, la rentabilité des cliniques psychiatriques augmente pour atteindre 7,0 % du chiffre d'affaires en 2017.

Une clinique sur cinq est en déficit

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaires, masque de fortes disparités. Après trois années de hausse, la part des cliniques privées en déficit baisse pour atteindre 22 % en 2017, un niveau proche de celui de 2014 (21 %). Cette baisse concerne aussi bien les cliniques de MCO (28 % en 2017, après 30 % en 2016) que celles du secteur de psychiatrie (9 % en 2017, après 10 % en 2016). En revanche, la part de cliniques déficitaires reste stable en SSR (17 %).

Les investissements se stabilisent

Du fait de la baisse de la rentabilité, la capacité d'autofinancement (CAF) recule en 2017 (5,4 % du chiffre d'affaires, après 5,9 % en 2016). C'est notamment le cas des cliniques de MCO (4,6 % en 2017, après 5,3 % en 2016). En revanche, la CAF augmente pour les cliniques psychiatriques (9,4 % en 2017, après 8,1 % en 2016).

Pour l'année 2017, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés au chiffre

d'affaires, poursuit sa reprise entamée en 2013 pour atteindre 4,8 % du chiffre d'affaires (*graphique 2*). L'effort d'investissement augmente pour toutes les catégories d'établissements. Pour les cliniques

de MCO, il atteint 4,9 % du chiffre d'affaires. Pour les cliniques de SSR, il poursuit sa reprise et atteint 4,1 % du chiffre d'affaires en 2017, après 3,4 % en 2016. Enfin, l'effort d'investissement des cliniques

Tableau 1 Compte de résultat des cliniques privées entre 2010 et 2017

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ¹
Chiffre d'affaires total (en millions d'euros)	12 500	13 176	13 550	13 901	14 103	14 584	14 726	15 041
Nombre de cliniques	1 084	1 076	1 064	1 031	1 021	1 020	1 020	1 014
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	11,5	12,2	12,7	13,5	13,8	14,3	14,4	14,8
Achats et charges externes (en % du chiffre d'affaires), dont :	-45,1	-45,3	-45,1	-44,8	-45,3	-45,7	-45,9	-46,2
achats consommés	-17,7	-17,4	-17,1	-16,7	-17,2	-17,3	-17,4	-17,7
autres achats et charges externes	-27,4	-27,9	-28,0	-28,0	-28,0	-28,4	-28,4	-28,6
Frais de personnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	-44,0	-43,9	-44,0	-43,3	-42,8	-42,6	-42,9	-42,8
salaires bruts	-31,2	-31,0	-31,3	-31,6	-31,2	-31,2	-31,5	-31,6
charges sociales	-12,8	-13,0	-12,8	-11,7	-11,6	-11,4	-11,3	-11,3
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du chiffre d'affaires), dont :	-4,9	-5,0	-5,3	-5,3	-5,1	-4,8	-4,6	-4,5
impôts, taxes et versements assimilés	-5,7	-5,7	-5,9	-5,9	-5,8	-5,6	-5,7	-5,5
subvention d'exploitation	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,8	1,0	1,1
Excédent brut d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	6,0	5,7	5,6	6,5	7,0	7,0	6,7	6,4
Autres opérations d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	2,3	1,9	1,9	1,6	1,6	1,6	1,7	1,8
Dotations nettes aux amortissements (en % du chiffre d'affaires)	-4,0	-4,0	-4,0	-3,9	-3,8	-3,8	-3,9	-3,9
Résultat d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	4,2	3,6	3,5	4,2	4,9	4,8	4,5	4,3
Résultat financier (en % du chiffre d'affaires), dont :	-0,3	-0,3	-0,2	0,1	0,0	-0,3	0,5	0,2
produits financiers	0,7	1,1	0,9	1,0	0,8	0,6	1,3	0,9
charges financières	-1,0	-1,3	-1,1	-0,9	-0,7	-0,8	-0,8	-0,7
Résultat courant - résultat exploitation + résultat financier (en % du chiffre d'affaires)	3,9	3,4	3,3	4,3	4,9	4,5	5,0	4,5
Résultat exceptionnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	-0,2	0,9	0,4	-0,8	-0,1	-0,1	-0,0	0,2
produits exceptionnels	2,5	2,9	2,5	1,8	1,8	1,9	1,3	1,9
charges exceptionnelles	-2,6	-2,0	-2,1	-2,6	-1,8	-1,9	-1,3	-1,7
Participation des salariés (en % du chiffre d'affaires)	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4	-0,3
Impôts sur les bénéfices (en % du chiffre d'affaires)	-1,4	-1,4	-1,4	-0,9	-0,9	-1,2	-0,9	-0,8
Résultat net (en % du chiffre d'affaires)	1,9	2,5	2,0	2,2	3,5	2,8	3,7	3,5

1. Données provisoires.

Lecture > Rapportés au chiffre d'affaires, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à une décimale.

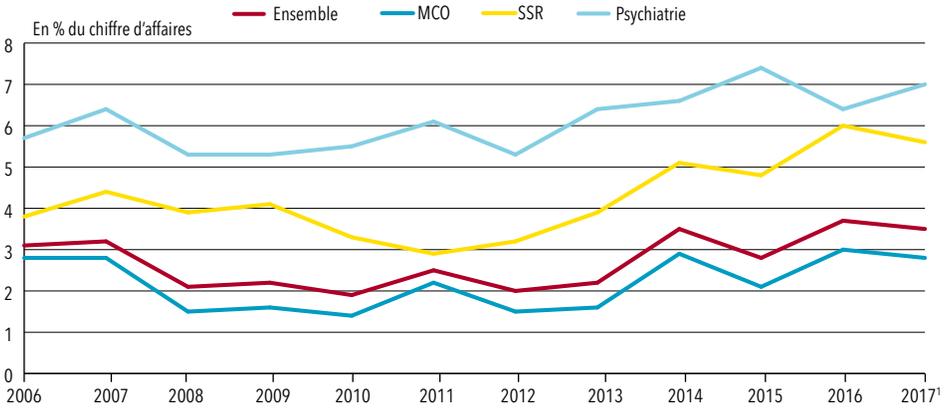
Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2010-2017, traitements DREES.

de psychiatrie augmente de plus d'un point pour atteindre 6,2 % du chiffre d'affaires en 2017. L'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur les capitaux permanents, continue de diminuer en 2017, pour atteindre

un niveau historiquement bas de 33,3 % des capitaux permanents (graphique 3). La baisse est particulièrement marquée pour les cliniques de psychiatrie, dont le taux d'endettement a été divisé par deux en trois ans, et atteint 12,5 % des capitaux permanents en 2017. ■

Graphique 1 Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées depuis 2006



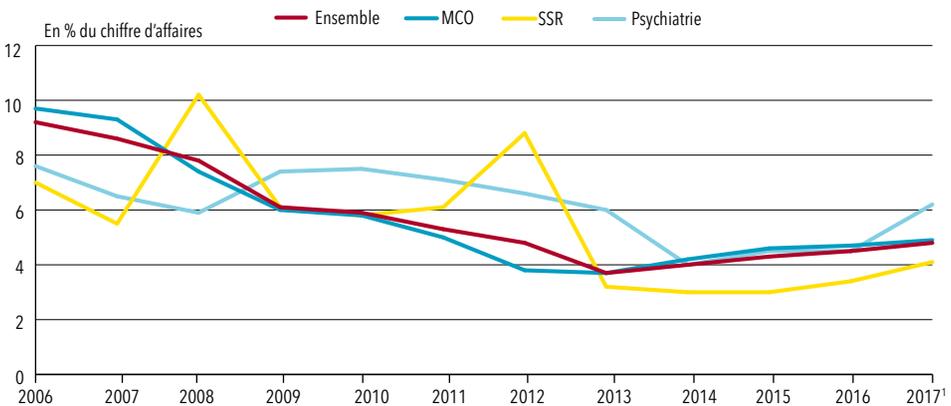
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Note > Données provisoires.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2017, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées depuis 2006

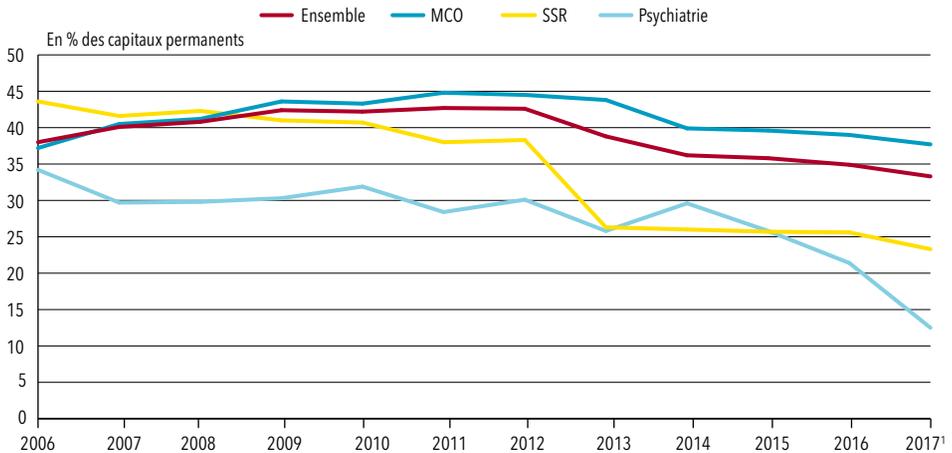


MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Note > Données provisoires. Les sauts observés en 2008 et 2013 pour l'effort d'investissement des cliniques de SSR sont dus à de forts investissements ponctuels de la part de cliniques ayant un poids financier important.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2017, traitements DREES.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des cliniques privées depuis 2006

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

Note > Données provisoires. Le décrochage observé entre 2012 et 2013 pour le taux d'endettement des cliniques de SSR est dû à une forte augmentation des fonds propres de quelques cliniques ayant un poids financier important.

Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Les comptes des cliniques privées, disponibles par numéro Siren (c'est-à-dire au niveau de l'entité juridique), sont transmis aux tribunaux de commerce, parfois avec du retard. Les données de 2017 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte) ayant déposé leurs liasses fiscales aux tribunaux de commerce. Elles sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 682 cliniques ayant déposé leurs comptes. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par une repondération des données, de rendre l'échantillon de cliniques représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie donne une estimation plus précise du chiffre d'affaires total des cliniques ainsi que des différents indicateurs financiers.

La disponibilité des comptes uniquement au niveau de l'ensemble de l'entité juridique, et non au niveau de l'établissement géographique, constitue une difficulté pour analyser les résultats, notamment pour les grands groupes ayant plusieurs activités. Pour limiter les biais, nous nous limitons ici aux entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière. Toutefois, il subsiste des entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière mais qui ont également une activité secondaire non sanitaire, par exemple de maisons de retraite.

Dans ces cas-là, ces activités sont comprises dans les résultats financiers.

Une décomposition par principale discipline d'équipement est proposée après croisement des données comptables de l'entité juridique avec l'enquête SAE 2017, afin d'identifier la discipline d'équipement « majoritaire » de l'entité. Là aussi, l'exercice est délicat : pour les entités ayant une activité importante dans plusieurs disciplines, l'intégralité des comptes est considérée comme étant du ressort de la discipline d'équipement majoritaire. ●●●



Pour cette fiche, les chiffres obtenus au cours de la période 2008-2016 diffèrent légèrement de ceux publiés dans les éditions précédentes en raison d'une réactualisation des données sur l'ensemble de la période, en particulier concernant les *autres opérations d'exploitation*, les *dotations nettes aux amortissements*, ainsi que l'*effort d'investissement*. Des notes ajoutées aux différents graphiques donnent des indications sur les évolutions observées.

Sources

Les données financières sont issues des liasses fiscales des cliniques privées transmises aux tribunaux de commerce. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

Définitions

> **Répartition des cliniques** : elles ont été réparties par discipline en tenant compte de la part d'activité réalisée (journées et séances) pour chaque grand domaine : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR). Les cliniques SSR ainsi que celles de psychiatrie correspondent aux cliniques dont l'activité est respectivement à dominante SSR et psychiatrie. Les cliniques MCO regroupent celles à dominante MCO ainsi que les cliniques de dialyse, de radiothérapie et d'hospitalisation à domicile. Les données financières concernant l'ensemble de l'entité juridique, et non chaque unité médicale ou discipline d'équipement, des imprécisions subsistent sur cette catégorisation.

> **Achats et charges externes** : ils comprennent notamment les achats médicaux, la sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-bail, les loyers, etc.

> **Capacité d'autofinancement (CAF)** : elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.

> **Chiffre d'affaires (CA)** : il correspond pour l'essentiel aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la Sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).

> **Excédent brut d'exploitation (EBE) ou marge d'exploitation** : solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. L'EBE est obtenu en soustrayant au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.

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

Pour en savoir plus

> **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J.C., Mikou, M. et Ferretti, C. (2018).** *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DRESS-santé. Voir fiche 23.

En 2017, la situation financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), anciennement appelés sous dotation globale, continue de s'améliorer et devient excédentaire pour la première fois depuis 2008. Un peu moins d'un tiers des établissements sont déficitaires. Leur effort d'investissement recule en 2017 et leur taux d'endettement poursuit son repli pour s'établir à 42,9 % en 2017.

Les établissements privés à but non lucratif peuvent faire le choix d'assurer le service public hospitalier, pour lequel ils doivent obtenir une habilitation du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Ils sont alors tenus à des obligations concernant notamment le fonctionnement de l'établissement, afin d'en rendre la gestion plus transparente (voir annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé »). Ils sont qualifiés par la loi d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic)¹.

Les comptes financiers des Espic deviennent excédentaires en 2017

En 2017, les comptes financiers des Espic, anciennement appelés établissements de santé privés sous dotation globale, continuent de s'améliorer pour devenir excédentaire, et ce pour la première fois depuis 2008. Leur excédent s'établit à 40 millions d'euros, soit 0,4 % des recettes d'exploitation, après 0,0 % en 2016 (tableau 1).

Le résultat net des Espic correspond à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel. Contrairement aux années précédentes, ce résultat se traduit par un excédent en 2017, principalement du fait de l'amélioration du résultat d'exploitation. Ce dernier progresse fortement et enregistre un excédent de 95 millions d'euros, après avoir été déficitaire de 2 millions d'euros en 2016 (graphique 1). *A contrario*, le résultat exceptionnel se dégrade

pour s'établir à 8 millions d'euros, après 66 millions en 2016 et 49 millions en 2015. Le résultat financier est structurellement déficitaire, en raison du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements. Son déficit se stabilise en 2017 pour s'établir à 61 millions d'euros.

Un peu moins d'un tiers des Espic sont en déficit

Cette amélioration des comptes financiers concerne surtout les établissements pratiquant une activité de psychiatrie et de soins de suites et de réadaptations (SSR). Ils renouent avec un excédent en 2017, qui atteint 0,8 % des recettes en psychiatrie (-0,1 % en 2016) et 1,3 % des recettes en SSR (-0,6 % en 2016). La situation financière des centres de lutte contre le cancer (CLCC), redevenue excédentaire en 2015 et 2016, continue de s'améliorer en 2017 avec un résultat net correspondant à 0,6 % des recettes (0,4 % en 2016).

À l'inverse, la situation se détériore pour les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) : leur résultat devient déficitaire en 2017 et atteint -0,4 % des recettes, après un excédent de 0,1 % en 2016. Toutefois, cette baisse du résultat pour les établissements MCO provient essentiellement d'un très petit nombre d'établissements qui ont vu leur résultat net chuter entre 2016 et 2017.

Au total, la proportion d'Espic déficitaires diminue en 2017 (31 %, après 38 % en 2016). Cette part diminue pour toutes les catégories d'établissements, y compris pour les établissements de MCO pour lesquelles la

1. 75 % des entités géographiques du secteur privé non lucratif sont des Espic, dont notamment tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

situation s'est pourtant globalement détériorée. La part d'établissements de MCO déficitaires est passée de 43 % en 2016 à 40 % en 2017. Cette part a plus nettement reculé pour les établissements de SSR, de 39 % en 2016 à 33 % en 2017, et pour les établissements de psychiatrie, de 28 % en 2016 à 19 % en 2017. Pour les CLCC, la part d'établissements déficitaires a diminué plus fortement encore (22 %, après 39 % en 2016).

Les recettes des Espic sont estimées à un peu plus de 12 milliards d'euros

En 2017, les recettes totales des Espic ont augmenté de 3,8 % pour atteindre un peu plus de 12 milliards d'euros, dont 11,8 milliards imputables au budget principal. Ce dernier est ventilé en trois titres de recettes et en quatre titres de dépenses. L'Assurance maladie en finance 9,4 milliards

Tableau 1 Excédent ou déficit des établissements de santé privés d'intérêt collectif depuis 2008

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ensemble des Espic	-0,1	-0,1	-0,6	-0,4	-0,3	-0,2	-0,7	-0,3	0,0	0,4
CLCC	0,1	0,0	-0,3	-0,3	-0,6	-1,0	-0,6	0,4	0,4	0,6
Autres Espic dont :	-0,2	-0,2	-0,7	-0,4	-0,2	-0,1	-0,8	-0,4	-0,1	0,3
MCO	-0,7	-0,5	-1,2	-0,9	-0,3	-0,3	-1,3	-0,7	0,1	-0,4
psychiatrie	0,5	-0,1	-0,3	-0,2	-0,3	0,7	0,0	0,0	-0,1	0,8
SSR	0,5	0,4	0,0	0,5	0,1	0,0	-0,2	-0,1	-0,6	1,3

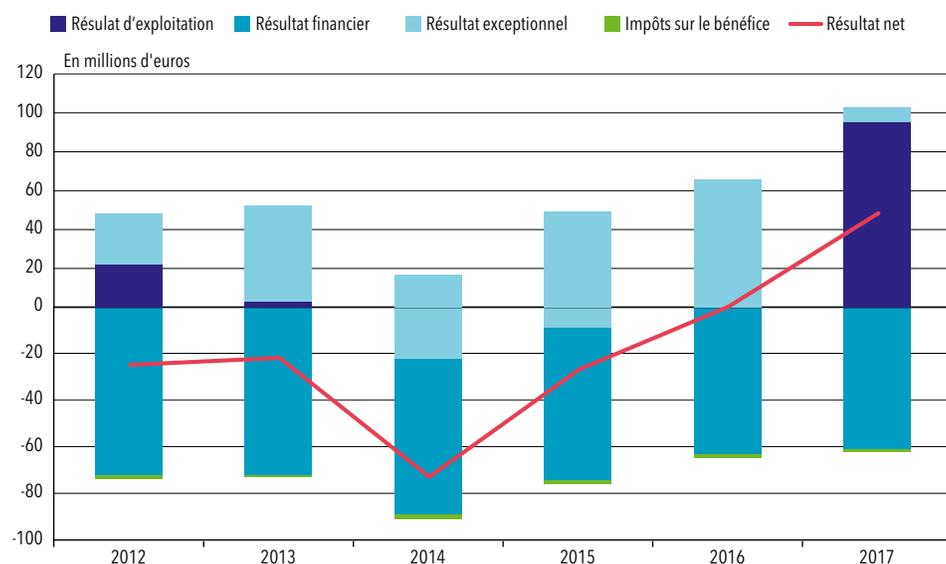
En % des recettes

CLCC : centres de lutte contre le cancer; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

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

Sources > ATIH, DREES, SAE, traitements DREES.

Graphique 1 Compte de résultat des établissements de santé privés d'intérêt collectif depuis 2012



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

Sources > ATIH, DREES, SAE, traitements DREES.

d'euros (titre 1), soit 2,5 % de plus qu'en 2016, principalement par le versement des recettes de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres ressources retraçant la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2) progressent de 0,9 % pour s'établir à 0,7 milliard d'euros en 2017. Enfin, les autres recettes (titre 3) augmentent de 8,5 % pour atteindre 1,6 milliard d'euros. Elles correspondent, par exemple, aux prestations non médicales en direction principalement des patients et accompagnants, aux subventions d'exploitations et des fonds reçus dont notamment le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ou encore des recettes exceptionnelles liées à des cessions d'immobilisations.

Des dépenses moins dynamiques que les recettes permettent un excédent budgétaire

En 2017, les dépenses des Espic sont estimées à 12 milliards d'euros, dont 98 % comptabilisées en budget principal. Leur évolution en 2017 (+3,5 %) reste inférieure à celle des recettes (+3,8 %), ce qui permet de renouer avec une situation d'excédent budgétaire.

La hausse des dépenses s'explique en partie par une augmentation des dépenses à caractère médical (constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage

courant), qui progressent de 5,7 % et s'élèvent à 2 milliards d'euros en 2017. Les dépenses de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses, progressent, elles, de 1,4 %. Pour le seul budget principal, ces dépenses atteignent près de 7,1 milliards d'euros.

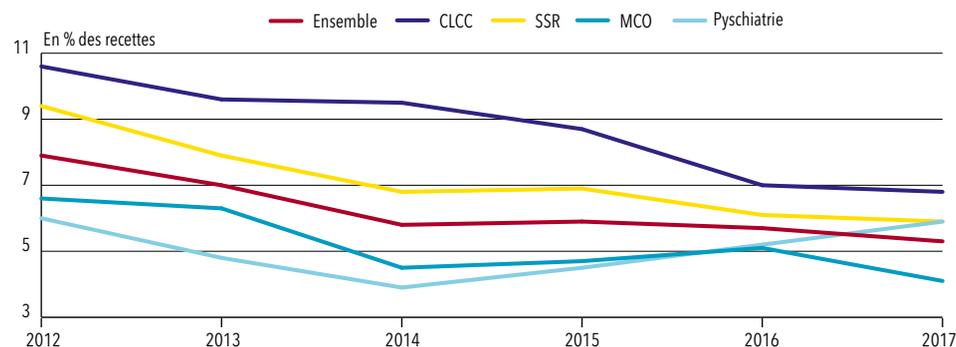
Les dépenses à caractère hôtelier et général augmentent de 2,0 % en 2017 et s'établissent à 1,6 milliard d'euros pour le budget principal. Les dépenses d'amortissements, frais financiers et dépenses exceptionnelles progressent, pour leur part, de 9,3 % en 2017, pour atteindre près d'1 milliard d'euros.

En 2017, les investissements représentent 5,3 % des recettes totales

Après un repli régulier de plusieurs années, l'effort d'investissement s'était stabilisé entre 2014 et 2016 en deçà de 6 % des recettes totales. En 2017, l'effort d'investissement des Espic connaît un nouveau repli pour s'établir à 5,3 % des recettes, après 5,7 % en 2016 (*graphique 2*). L'effort d'investissement reste plus soutenu pour les CLCC (6,8 %) et, dans une moindre mesure, pour les établissements de SSR (5,9 %) et de psychiatrie (5,9 %). Pour les établissements de MCO, les investissements reculent plus largement et représentent 4,1 % des recettes totales en 2017, après 5,1 % en 2016.

Cette modération de l'effort d'investissement, consentie depuis quelques années, a notamment permis de

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des établissements de santé privés d'intérêt collectif depuis 2012



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; CLCC : centre de lutte contre le cancer.

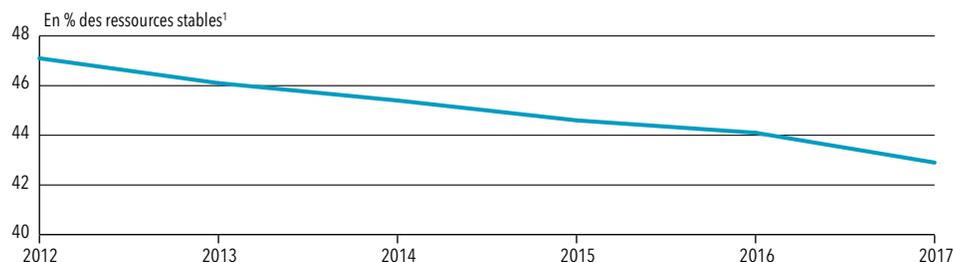
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte).

Sources > ATIH, DREES, SAE, traitements DREES.

contenir les charges d'intérêt liées au financement de ces investissements, pour amorcer la lente amélioration du résultat financier observée depuis 2013. Parallèlement, l'encours de la dette des Espic ralentit et représente 27 % du chiffre d'affaires en 2017, après

28 % en 2016. Le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), est en repli régulier depuis 2012. Il diminue de nouveau en 2017 pour atteindre 42,9 % (graphique 3). ■

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des établissements de santé privés d'intérêt collectif depuis 2012



1. Les ressources stables sont constituées des capitaux propres et des dettes financières.

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

Sources > ATIH, DREES, SAE, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes

Champ

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte). Cette fiche porte sur les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), appelés anciennement sous dotation globale (ex-DG). Les établissements sont classés en quatre catégories selon la nature de leur activité :

- les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ;
- les établissements pratiquant les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ;
- les établissements spécialisés en psychiatrie (PSY) ;
- les établissements spécialisés en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Ce classement a été réalisé à partir du croisement des données financières de l'enquête Comptes financiers avec celles de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) qui fournit des informations sur l'activité des établissements.

Sources

Les données financières sont issues de l'enquête Comptes financiers réalisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui les collecte auprès des établissements de santé ex-DG. En 2017, les données de 508 établissements sont étudiées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leur activité.

Définitions

> **Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), anciennement appelés sous dotation globale (ex-DG) :** les différents statuts juridiques des établissements ainsi que leurs modes de financement sont présentés dans l'annexe 1, « Cadre juridique et institutionnel des établissements de santé ».

> **Budget principal :** il présente les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie.

> **Effort d'investissement :** il permet de rapporter le niveau de l'investissement au niveau d'activité de l'établissement.

En 2017, les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent de nouveau, effaçant la légère amélioration de 2016. Leur déficit s'élève à 740 millions d'euros, soit 1,1 % des recettes, et atteint son plus haut niveau depuis 2002. La diminution continue de l'effort d'investissement depuis huit ans permet toutefois la stabilisation progressive de l'encours de la dette.

Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent de nouveau en 2017

En 2017, la situation financière des hôpitaux publics se dégrade de nouveau. Depuis 2012, le déficit s'est creusé chaque année, à l'exception de l'année 2016 où il s'était réduit. Le déficit total du résultat net atteint 743 millions d'euros en 2017 (après 188 millions en 2016). La rentabilité nette, ratio qui rapporte le résultat net (excédent ou déficit) aux recettes, suit la même tendance. Elle s'établit à son plus bas niveau depuis 2002, à -1,1 %, après -0,3 % en 2016 (*tableau 1*). Le résultat net est la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel. L'évolution du résultat net est pour une large part le reflet de celle du résultat d'exploitation, qui recule continûment depuis 2012, à l'exception de l'année 2016. Le résultat d'exploitation se dégrade plus fortement encore en 2017 et enregistre, pour la première fois depuis 2002, un déficit de 323 millions d'euros (*graphique 1*). Structurellement déficitaire, en raison de la hausse du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements, le déficit du résultat financier est en léger repli depuis 2015 et s'établit à 924 millions d'euros en 2017, après 972 millions d'euros en 2016. Enfin, le résultat exceptionnel, excédentaire depuis 2013, augmente aussi légèrement et atteint 503 millions d'euros en 2017.

Près de six hôpitaux publics sur dix sont en déficit

La dégradation de la situation financière des hôpitaux concerne toutes les catégories d'établissements. Les centres hospitaliers régionaux (CHR),

hors Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), font toutefois exception. Leur rentabilité nette continue de s'améliorer et atteint -0,1 % en 2017, après -0,5 % en 2016. Si le nombre de CHR déficitaires reste quasiment stable (15 en 2017, après 16 en 2016), leur déficit ne représente plus que 16 % du déficit global cumulé en 2017 (contre 30 % en 2016). Au total, la proportion d'établissements déficitaires augmente en 2017 (59 %, après 48 % en 2016). Le déficit cumulé des établissements déficitaires se creuse fortement pour s'établir à 1,1 milliard d'euros (725 millions d'euros en 2016). L'essentiel de ce déficit reste concentré sur un petit nombre d'établissements : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de 40 établissements, en 2017 comme en 2016. Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé se réduit et s'établit à près de 402 millions d'euros en 2017, après 537 millions en 2016.

Les recettes des hôpitaux publics sont estimées à 79,2 milliards d'euros en 2017

En 2017, les recettes totales des hôpitaux publics, hors rétrocession de médicaments, ralentissent nettement et ne progressent plus que de 0,9 %, après +2,3 % en 2016 et +2,1 % en 2015. Elles atteignent 79,2 milliards d'euros, dont 69,7 milliards imputables au budget principal.

Le budget principal est ventilé en trois titres de recettes et en quatre titres de dépenses. L'Assurance maladie en finance près de 54 milliards d'euros (titre 1), soit 1,5 % de plus qu'en 2016, principalement par le versement des recettes de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres ressources, retraçant la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers (titre 2), diminuent de 1,8 %

pour s'établir à 5,4 milliards d'euros en 2017. Enfin, les autres recettes (titre 3) diminuent de 1,1 % pour atteindre 10,4 milliards d'euros. Elles correspondent, par exemple, aux prestations non médicales en direction principalement des patients et accompagnants,

aux subventions d'exploitations et des fonds reçus dont, notamment, les fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ou encore des recettes exceptionnelles liées à des cessions d'immobilisations.

Tableau 1 Excédent ou déficit des hôpitaux publics depuis 2002

	En % des recettes																
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Ensemble HP	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4¹	-0,9	-0,6	-0,4	-0,4	-0,6	0,2	-0,2	-0,4	-0,6	-0,3	-1,1	
CHR																	
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7 ¹	-0,2	-0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3	-0,1	-0,2	0,6	0,9	-2,7	
Autres centres hospitaliers régionaux	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9	-1,1	0,2	-0,3	-0,7	-1,3	-0,5	-0,1	
Autres CH																	
Grands CH	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1	0,0	-0,3	-0,7	-0,3	-1,4	
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,7	-1,1	0,0	-0,7	-0,9	-0,9	-1,7	-2,6	
Petits CH	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,4	0,7	0,4	-0,3	0,3	-1,2	
CH ex-hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,3	0,7	0,6	0,7	0,7	-0,1	
CH spécialisés en psychiatrie	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4	-0,1	0,0	0,3	1,0	0,9	

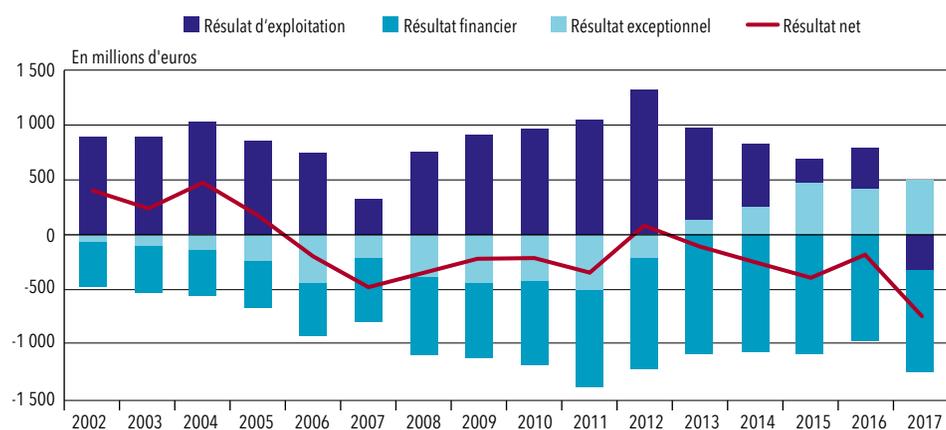
HP : hôpitaux publics ; CHR : centre hospitalier régional ; CH : centre hospitalier ; AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris.
 1. Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité économique de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

Note > Un centre hospitalier est devenu centre hospitalier régional en 2012.

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

Sources > DGFiP, SAE, traitements DREES.

Graphique 1 Compte de résultat des hôpitaux publics depuis 2002



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

Sources > DGFiP, SAE, traitements DREES.

Des dépenses plus dynamiques que les recettes

En 2017, les dépenses du secteur public sont estimées à 80 milliards d'euros, dont 88 % comptabilisés en budget principal. Contrairement à 2016, leur évolution en 2017 (+1,6 %) est supérieure à celle des recettes (+0,9 %) ce qui se traduit par une accentuation du déficit du budget global.

À la différence de 2016, la progression des dépenses a été soutenue en 2017 par une accélération des dépenses de personnel, après deux années de ralentissement. Ces dépenses, pour le seul budget principal, s'élèvent à 46,4 milliards d'euros et progressent de 2,1 % (après 1,2 % en 2016 et 1,8 % en 2015), en raison de la revalorisation de la valeur du point d'indice et de la mise en œuvre du protocole sur les parcours professionnels, les carrières et rémunérations (PPCR).

En revanche, les autres postes de dépenses contribuent à freiner la dépense totale. Les dépenses à caractère médical (constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant) s'élèvent à 10,3 milliards d'euros en 2017, en hausse de 2,6 % (4,7 % en 2016). Les dépenses à caractère hôtelier et général ne progressent que faiblement (+0,6 % en 2017, après +2,8 % en 2016) et atteignent 7 milliards d'euros pour le budget principal. Enfin, les dépenses d'amortissements, frais financiers et dépenses

exceptionnelles diminuent de 3,7 % pour atteindre 6,8 milliards d'euros en 2017.

Les investissements baissent à nouveau en 2017

Les investissements représentent 4,0 milliards d'euros en 2017 et l'effort d'investissement, ratio des dépenses d'investissement rapportées aux recettes, continue de reculer pour la huitième année consécutive. Il s'établit à 5,7 %, contre 5,9 % en 2016 (*graphique 2*).

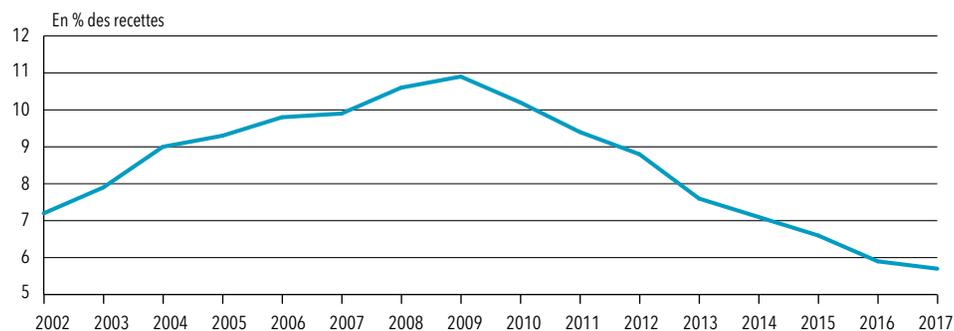
La stabilisation de l'encours de la dette se confirme en 2017

La diminution continue de l'effort d'investissement favorise la modération de l'encours de la dette des hôpitaux publics. Celle-ci se stabilise à 29,8 milliards d'euros en 2017, comme en 2016, dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte.

L'encours de la dette représente 42,7 % du chiffre d'affaires en 2017, contre 43,5 % en 2016.

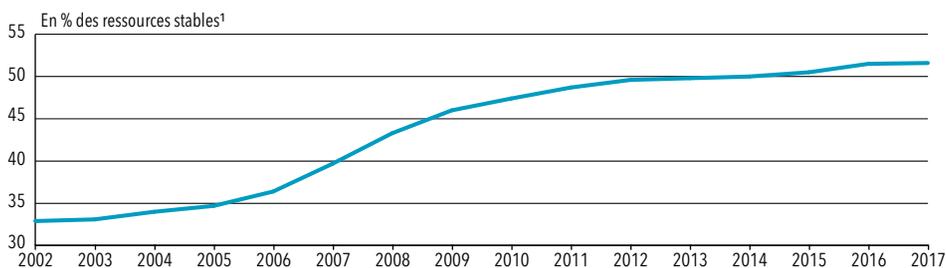
Toutefois, le déficit récurrent des hôpitaux publics engendre des opérations comptables sur le poste « report à nouveau déficitaire ». Comme en 2016, ceci vient réduire les capitaux propres. De ce fait, le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), progresse encore légèrement à 51,6 % en 2017, après 51,5 % en 2016 (*graphique 3*). ■

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics depuis 2002



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

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics depuis 2002

1. Les ressources stables sont constituées des capitaux propres et des dettes financières.

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

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors service de santé des armées (SSA). Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 856. Seules les recettes hors rétrocession ont été retenues dans l'analyse.

Sources

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics. Les données de la DGFIP ont été croisées avec la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), afin de conserver uniquement les établissements sanitaires dans le champ de l'étude.

Définitions

- > **Recettes** : elles correspondent aux recettes totales définies par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les recettes de l'activité hospitalière, les recettes financières et exceptionnelles.
- > **Centres hospitaliers (CH)** : ils sont classés, dans cette fiche, en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs recettes : les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).
- > **Rétrocession de médicaments** : les établissements publics ont la possibilité de vendre des médicaments à des patients. La rétrocession de médicaments recouvre leur délivrance par une pharmacie hospitalière à des patients qui ne sont pas hospitalisés.
- > **Résultat d'exploitation** : il fait référence aux recettes et dépenses liées à l'exploitation normale et courante de l'établissement.
- > **Résultat exceptionnel** : il comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.
- > **Résultat financier** : il concerne les recettes et les dépenses qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.
- > **Budget principal** : il présente les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie.

Pour en savoir plus

> **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J.C., Mikou, M. et Ferretti, C.** (2018). *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DRESS-santé. Voir fiche 22.



Vue d'ensemble
Fiches thématiques

Annexes ◀

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leurs statuts juridiques, leurs activités et leurs modes de financement. Le cadre juridique et institutionnel a sensiblement évolué avec la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS). Ce chapitre présente celui qui prévaut en 2019, tandis que l'année de référence des données présentées dans l'ouvrage est 2017. De petites différences peuvent donc subsister entre le cadre législatif et réglementaire présenté dans ce chapitre et les données publiées dans les fiches, notamment pour les catégories d'établissements ou de personnels. Par exemple, la présentation traditionnelle – établissements publics, établissements privés à but non lucratif et établissements privés à but lucratif – est conservée pour l'année 2017 dans certaines fiches, sans nécessairement distinguer, au sein des établissements de santé privés à but non lucratif, ceux ayant fait le choix du service public hospitalier. Ces derniers sont désormais qualifiés, conformément à la loi, d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic).

Le statut des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé, aussi dénommés « hôpitaux publics », sont des personnes morales de droit public ayant une autonomie administrative et financière, soumis au contrôle de l'État. Leur statut est défini par l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique (CSP) qui précise que leur objet principal n'est ni industriel ni commercial et qu'ils sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) dans les autres cas. Deux grands types d'hôpitaux publics sont identifiés. Tout d'abord, les centres hospitaliers, qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret,

sont dénommés centres hospitaliers régionaux (CHR). Ils assurent les soins courants à la population proche (article L. 6141-2 du CSP). Second cas de figure, lorsque les CHR ont passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, ils sont dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU). Ce sont des centres de soins où sont organisés, dans le respect des malades, les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (article L. 6142-1 du CSP).

Les établissements publics de santé peuvent par ailleurs créer « une ou plusieurs fondations hospitalières dotées de la personnalité morale, [...] pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux activités de recherche mentionnées à l'article L. 6111-1. [...] Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique [...] s'appliquent aux fondations hospitalières » (article L. 6141-7-3 du CSP).

Le statut des établissements privés de santé

Les établissements privés de santé sont des personnes morales de droit privé. Ils sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Pour les établissements à but lucratif, souvent dénommés « cliniques privées », plusieurs personnes morales peuvent coexister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, d'imagerie, etc.).

Les établissements privés à but non lucratif peuvent être qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) dès lors qu'ils assurent le service public hospitalier (article L. 6161-5 du CSP). C'est le cas de tous les centres de lutte contre le cancer (CLCC) définis à l'article L. 6162-1 du CSP, ainsi que des établissements de santé privés gérés par certaines personnes morales de droit privé (mentionnées au 1^o du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014, relative à l'économie sociale et solidaire), remplissant les conditions (dont celle de poursuivre un but non lucratif) et ayant obtenu l'habilitation mentionnée à l'article L. 6112-3 du CSP.

Les missions des établissements de santé

Les missions générales liées à l'hospitalisation et aux soins

Les établissements hospitaliers sont dénommés établissements de santé par l'article L. 6111-1 du CSP qui définit leurs missions générales. Quel que soit leur statut, ils « assurent dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre comme le lieu de résidence ou bien l'établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'ARS, en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ».

Les établissements de santé peuvent développer des alternatives à l'hospitalisation, pour éviter une hospitalisation à temps complet ou en diminuer la durée. Les prestations ainsi dispensées, décrites à l'article

R. 6121-4, se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles comprennent les activités de soins dispensées par :

- les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, pour « des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale » ;
- les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, pour « des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire ».

Les établissements de santé peuvent également développer une activité d'hospitalisation à domicile, visant à assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés (article R. 6121-4-1). Ils se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS), les établissements « mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité et visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits » (article L. 6111-1-1 du CSP). Les établissements peuvent aussi « être appelés par le directeur général de l'ARS à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire » (article L. 6111-1-3).

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les établissements de santé, publics et privés, élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie, définissent une politique

du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (article L. 6111-2).

Les autres missions générales

Aux activités générales d'hospitalisation des patients confiées à tous les établissements de santé s'ajoutent d'autres missions également définies au dernier alinéa de l'article L. 6111-1 du CSP. D'après cet article, les établissements « peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical ».

Enfin, les établissements de santé peuvent aussi créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux, comme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ainsi que des centres de santé (article L. 6111-3).

Le service public hospitalier, une mission spécifique

Ces missions peuvent être réalisées, sans que cela constitue une obligation, dans le cadre du service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1 du CSP. Dans cette situation, les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées, par obligation légale, ainsi que les établissements qui en ont fait le choix et ont été habilités à cette fin par le directeur général de l'ARS sont tenus de respecter trois types d'obligations (article L. 6112-2 du CSP) :

- des garanties accordées aux patients pour faciliter l'accès aux soins, dont notamment l'absence de dépassement d'honoraires (hors prise en charge à la demande expresse du patient, et après approbation par celui-ci d'un devis comprenant honoraires et dépassements éventuels, dans le cadre de l'activité libérale intrahospitalière des praticiens statutaires exerçant à temps plein) ;

- des obligations dans le fonctionnement de l'établissement afin d'en rendre la gestion plus transparente (transmissions des comptes) mais surtout afin d'entendre et de prendre en compte la parole des usagers (participation des usagers à la gouvernance de l'établissement) ;

- des garanties contribuant à la qualité et à l'accessibilité des soins au niveau des territoires.

Les statuts diversifiés des personnels travaillant dans les établissements de santé

Les personnels des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Les personnels intervenant dans les établissements publics sont en grande majorité salariés (*tableau 1*). Les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires exercent de façon conjointe une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils sont régis par un statut unique et comprennent :

- des personnels titulaires relevant de la fonction publique d'État : les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), qui sont des fonctionnaires en leur qualité de personnels enseignants titulaires des universités ;

- des praticiens hospitaliers universitaires (PHU), qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;

- des personnels non titulaires : les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCU-AH) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU).

Les praticiens hospitaliers (PH) ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière, leurs statuts spécifiques sont régis par le CSP. De même, l'exercice des praticiens contractuels, assistants des hôpitaux et praticiens attachés est régi par les dispositions statutaires prévues par le CSP. Ces médecins interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers.

Avec la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) en 2009, les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics ont été élargies. Ils peuvent désormais être autorisés, dans l'ensemble des établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins (article L. 6146-2). Le directeur d'un établissement public de santé peut en décider sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les

soins sont délivrés au domicile des patients usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé se fondent sur les seuls tarifs opposables de l'Assurance maladie, c'est-à-dire sans dépasement. Ils sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile.

Dans les cliniques privées, les médecins exercent majoritairement en tant que libéraux et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent. Quant aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), ils accueillent majoritairement des salariés de droit privé. Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), ils peuvent accueillir des praticiens, notamment de jeunes médecins en contrat à durée déterminée (CDD), en dérogation au Code du travail (quant à la durée et à l'objet des CDD), pour renforcer leur organisation et offrir aux patients un meilleur accès aux soins. Des professionnels libéraux peuvent

également y intervenir. Par ailleurs, un praticien hospitalier peut être détaché, en qualité de salarié, dans les cliniques privées chargées d'une ou plusieurs des missions de service public hospitalier mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1, dès lors qu'il exerce ses fonctions dans le cadre d'une ou plusieurs de ces missions, ou auprès de certains établissements médico-sociaux accueillant notamment des personnes âgées dépendantes (article R. 6152-51).

Un établissement de santé public peut recruter un assistant des hôpitaux et, par voie de convention de coopération, le mettre à disposition d'un Espic durant une partie de son temps de travail (articles R. 6152-501 et R. 6152-502). De même, les praticiens attachés peuvent être recrutés dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles. Les personnels hospitalo-universitaires peuvent, eux, être affectés dans un établissement privé associé à leur CHU de rattachement, dans le cadre d'une convention d'association.

Enfin, les établissements publics et les Espic accueillent des médecins en cours de formation

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

■ Peu fréquent

■ Situation majoritaire

■ Situation impossible

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH) Personnels temporaires (PHU) Personnels non titulaires (CCU-AHU)	Article L. 952-21 du Code de l'éducation. Article 1 ^{er} des décrets n° 84-135 du 24/02/1984 et n° 90-92 du 24/01/1990	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L. 6142-5 du Code de la santé publique)
	Salarié de droit public, praticien, attaché, PH	Articles R. 6152-1 et R. 6152-604 du Code de la santé publique	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)	Détachement de PH (article R. 6152-51 du Code de la santé publique)
Salarié de droit privé				
Profession libérale		Possible (article L. 6146-2 du Code de la santé publique)	Article L. 6161-9 du Code de la santé publique et article L. 162-22-6 b et c du Code de la Sécurité sociale	Article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale
En formation (interne)		Article R. 6153-8 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique	Article R. 6153-9 du Code de la santé publique

(les internes), à condition toutefois d'être agréés pour les accueillir. Depuis la loi HPST, les cliniques privées ont également la possibilité d'accueillir des internes. Ainsi, la loi HPST a ouvert les statuts à l'ensemble des établissements de santé, alors qu'auparavant le cadre était plus limité.

Les personnels non médicaux

Les personnels non médicaux des établissements publics de santé dépendent de la fonction publique hospitalière. Environ 85 % d'entre eux sont des fonctionnaires relevant des titres I et IV du statut de la fonction publique, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels, à durée déterminée ou indéterminée, ou à des personnels intérimaires, soit pour assurer des fonctions pour lesquelles il n'existe pas de corps de fonctionnaires, soit pour des remplacements temporaires ou pour faire face à des accroissements momentanés d'activité. Le même statut s'applique aux personnels des établissements publics consacrés à des activités médico-sociales et sociales (hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale).

Les personnels des établissements de santé privés, eux, sont soumis aux dispositions du Code du travail, avec des conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privés à but lucratif ou non) et des clauses particulières dans leur contrat de travail.

Les groupements de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire (GCS), créé par les ordonnances de 1996, a connu de nombreuses évolutions juridiques, jusqu'à devenir un des outils de coopération privilégié des établissements de santé. Il sert de cadre non seulement à des coopérations entre les secteurs public et privé, mais également entre la médecine de ville et l'hôpital. Doté de la personnalité morale publique ou privée, le GCS a pour particularité de devoir inclure au minimum un établissement de santé, quelle que soit sa nature juridique, et d'être ouvert à tout acteur concourant à la réalisation de son objet.

Le GCS de moyens, forme la plus commune qui couvre 96 % des structures, permet de mutualiser des moyens de toute nature : moyens humains en

vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux, équipements, moyens immobiliers, systèmes d'information, etc. Les structures de droit public constituent un peu plus de la moitié des GCS de moyens (57 %).

Les GCS concernent potentiellement tous les secteurs : gestion d'activités support (informatique, logistique, fonctions administratives ou immobilières), activités médico-techniques (pharmacie à usage intérieur, laboratoire, imagerie, blocs opératoires), activités de soins (interventions médicales croisées, permanence des soins) ou encore de recherche et d'enseignement. Ces coopérations poursuivent des objectifs variés et complémentaires : recherche de qualité, acquisition d'équipements innovants ou encore performance interne.

Désormais, la mise en commun de moyens peut également être au service de l'exploitation d'autorisations de soins ou d'équipements médicaux lourds (EML), par le GCS lui-même (article L. 6133-1 du CSP) sur un site unique et pour le compte de ses membres, qui restent titulaires des autorisations. Ces GCS de moyens dits « exploitants » peuvent même opter pour une facturation directe sur autorisation du directeur général de l'ARS. Ce nouveau dispositif (ordonnance n°2017-28 du 12 janvier 2017 et décret n°2017-631 du 25 avril 2017) a vocation à proposer un cadre adapté aux projets les plus intégrés. Les GCS peuvent également être constitués en établissement de santé (GCS-ES). Généralement issus de GCS de moyens, ils sont restés en nombre très limité, compte tenu du degré d'intégration requis.

La vocation mixte du GCS aura tendance à se confirmer avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire, instrument privilégié des partenariats au sein du secteur public.

Les groupements hospitaliers de territoires

La LMSS prévoit un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire : les groupements hospitaliers de territoire (GHT). L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. Cette nouveauté permettra, en renforçant l'inscription des hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, de mieux

organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant au mieux aux besoins de la population.

Au cours de l'année 2017, les 135 GHT initiaux ont transmis aux ARS leur projet médico-soignant partagé, définissant l'organisation des activités entre chaque établissement, par filière de prise en charge. Pour mettre en œuvre ce projet médico-soignant partagé, l'établissement support est devenu compétent au 1^{er} janvier 2018 pour assurer la gestion des systèmes d'information, des achats, du département de l'information médicale (DIM), la coordination des écoles et instituts de formation paramédicale, et la coordination des plans de formation et développement professionnel continu, et ce pour le compte des autres établissements de son GHT. À ce titre, l'établissement support est seul compétent pour passer des marchés depuis le 1^{er} janvier 2018. En janvier 2019, un 136^e GHT a été créé en Guyane, rassemblant les trois hôpitaux publics de Kourou, Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni.

L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) pilotent le système de santé en régions. Ce sont des établissements publics de l'État à caractère administratif, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministères chargés des affaires sociales et de la santé. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général (article L. 1432-1).

Leurs missions s'organisent en deux grandes catégories définies à l'article L. 1431-2 du CSP. Elles sont d'abord chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. Dans ce cadre :

- a) elles organisent l'observation de la santé dans la région, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
- b) elles contribuent à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

c) elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en fonction des orientations et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent. 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 informer et 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.

Les ARS ont également pour mission de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, pour répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et de garantir l'efficacité du système de santé. À ce titre :

a) elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations de différents acteurs : les professionnels de santé, les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, les personnels qui apportent une assistance dans les actes quotidiens de la vie, au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, ou dans certains établissements de formation ou médico-sociaux mentionnés aux 1^o et 3^o de l'article L. 314-3-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), les aidants et les accueillants familiaux (articles L. 441-1 et L. 444-1 du CASF). Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui favorisent le lien social des personnes âgées et les actions de modernisation de l'aide à domicile ;

b) elles autorisent la création et les activités des établissements de santé (*encadré 1*) et des installations de chirurgie esthétique (définies aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3) ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés au b) de l'article L. 313-3 du CASF. Elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence.

Elles attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (article L. 113-3 du CASF) ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle (articles L. 114-1-1 et L. 144-3 du CASF) et s'assurent du respect des cahiers des charges décrits respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L. 14-10-5 du même code ;

c) elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population. Elles

contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) mentionnées à l'article L. 1434-12 et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 ;

d) elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

e) elles veillent à la qualité des interventions en matière de prévention, de promotion de la santé, 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

Encadré 1 Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2019, selon l'article R. 6122-25 du CSP, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes :

- 1° médecine ;
- 2° chirurgie ;
- 3° gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- 4° psychiatrie ;
- 5° soins de suite et de réadaptation ;
- 7° soins de longue durée ;
- 8° greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;
- 9° traitement des grands brûlés ;
- 10° chirurgie cardiaque ;
- 11° activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
- 12° neurochirurgie ;
- 13° activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
- 14° médecine d'urgence ;
- 15° réanimation ;
- 16° traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- 17° activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
- 18° traitement du cancer ;
- 19° examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) les identifie à l'aide d'un triplet composé des éléments suivants : activité/modalité/forme. Par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de chirurgie cardiaque (activité), qui soigne des adultes (modalité) en hospitalisation complète (forme).

Par ailleurs, en 2019, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants (article R. 6122-26) :

- caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- scanographe à utilisation médicale ;
- caisson hyperbare ;
- cyclotron à utilisation médicale.

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 bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

f) elles veillent à assurer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

g) elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins ou le complétant. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. À ce titre, elles publient un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et interventions chirurgicales. La personne publique désignée par l'État (article L. 6113-8) en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région ;

h) elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel ;

i) elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire ;

j) elles sont chargées d'organiser les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (articles L. 6327-1 et L. 6327-2) ;

k) elles favorisent des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé ;

l) elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de

formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ;

m) elles s'associent avec l'ensemble des acteurs de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou tout autre organisme de recherche pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé ;

n) enfin, dans le respect des engagements internationaux de la France et en accord avec les autorités compétentes de l'État, elles sont autorisées à développer des actions de coopération internationale en vue de promouvoir les échanges de bonnes pratiques avec leurs partenaires étrangers.

Le PRS recentré sur les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux régionaux

Le projet régional de santé (PRS) définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé (SNS) et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre (articles L. 1434-1 et L. 1434-2 du CSP). Il est constitué de trois éléments :

1° un cadre d'orientation stratégique qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

2° un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de

santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle (Orsan, article L. 3131-11). Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé (article L. 434-12), par les contrats territoriaux de santé mentale (article L. 3221-2) ou par les contrats locaux de santé (article L. 1434-10);

3° un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Dans les territoires frontaliers et les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, le projet régional de santé organise, lorsqu'un accord-cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin.

Le SRS fusionne les trois anciens schémas¹ afin de mieux organiser le système de santé ainsi que son évolution dans une logique de transversalité et de complémentarité des acteurs de santé, au service des parcours de santé. Défini à l'article L. 1434-3, ce SRS devra dorénavant :

- indiquer les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours (articles L. 1411-11 et L. 1411-12), dans le respect de la liberté d'installation. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux²;

- fixer les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement de matériel lourd (EML), les créations et suppressions d'activités de soins et d'EML, et enfin les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé;

- fixer les objectifs en matière d'évolution de l'offre des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'une évaluation des besoins;

- définir l'offre d'examen de biologie médicale, en fonction des besoins de la population.

Les objectifs quantitatifs de l'offre de soins sont définis sur la base de zones du SRS, avec deux types de zonages : ceux donnant lieu à la répartition des

activités de soins et d'EML soumis à autorisation, et ceux donnant lieu à l'implantation des laboratoires de biologie médicale.

Ces zonages ne doivent pas être confondus avec les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou particulièrement élevée, mentionnées à l'article L. 1434-4 du CSP.

La démocratie en santé, visant à renforcer les liens comme les échanges entre les représentants des professionnels, des usagers et les élus, s'effectue à l'échelle des territoires de démocratie sanitaire (TDS) arrêtés par les ARS à l'échelle infrarégionale, au sein desquels sont installés les conseils territoriaux de santé (CTS).

Le financement

Deux modes de financement distincts selon les disciplines

Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2004, les modes de financement des établissements de santé sont déterminés par les disciplines exercées et, accessoirement, par leur statut juridique.

S'agissant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), le modèle de financement est fondé principalement sur une tarification à l'activité (T2A). Elle a été introduite en 2004 dans les établissements publics et privés à but non lucratif financés antérieurement par dotation globale (dits « établissements ex-DG ») et en 2005 dans les établissements privés (à but lucratif ou non) jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (dits « établissements sous objectif quantifié national » ou « ex-OQN »). La T2A rémunère l'activité de soins produite dans ces disciplines quels que soient le type de séjour (hospitalisation complète, partielle, à domicile) et le statut de l'établissement, à l'exception des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Si la T2A s'applique aussi bien aux établissements ex-DG qu'aux établissements privés ex-OQN et se trouve régulée dans des objectifs communs aux deux

1. Le schéma régional de prévention (SRP), le schéma régional d'organisation des soins (SROS), le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS).

2. Les ARS ne peuvent contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de leviers financiers pour les y inciter.

secteurs d'établissements, des tarifs différents sont néanmoins appliqués à chaque secteur, car ils ont des périmètres comptables distincts. En effet, les tarifs des établissements ex-OQN n'incluent pas les honoraires perçus par les médecins, comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et non dans les dépenses hospitalières. Ces tarifs sont toutefois calculés selon une méthodologie commune. Le périmètre de la T2A a été élargi aux établissements militaires (service de santé des armées [SSA]) depuis le 1^{er} janvier 2009 et aux établissements de Guyane depuis le 1^{er} janvier 2010, avec une mise en œuvre progressive se terminant en 2018.

Les évolutions récentes apportées au modèle de financement

Le modèle de financement a fait l'objet de plusieurs évolutions ces dernières années et continue d'évoluer, notamment dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) lancée en février 2018 par le gouvernement (voir *infra*).

Pour mieux tenir compte de la qualité et de la pertinence des soins produits par les établissements de santé, l'article 51 de la LFSS pour 2015 a permis de compléter la T2A d'une dimension consacrée à la qualité et à la sécurité des soins. En 2016, un forfait visant l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) a ainsi été mis en place. Cette démarche, initiée à titre expérimental dès 2014, a été généralisée en 2016 à tous les établissements du champ MCO, dont l'hospitalisation à domicile (HAD). Ce modèle permet de faire de la qualité de la prise en charge des patients l'un des critères d'allocation de la ressource budgétaire aux établissements de santé, en rupture avec le modèle antérieur dans lequel elle n'était pas directement prise en compte. La psychiatrie et les unités de soins de longue durée demeurent financées *via* une dotation annuelle de financement (DAF) pour les établissements publics ou privés à but non lucratif, ou *via* des prix de journée pour les établissements privés à but lucratif (ou les établissements privés à but non lucratif ayant opté pour ce mode de tarification).

Concernant spécifiquement les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), l'article 78 de la LFSS pour 2016, modifié par l'article 82 de la LFSS pour

2017, a défini un nouveau modèle de financement. Le modèle cible, commun aux secteurs public et privé, repose sur une dotation modulée à l'activité (DMA) composée d'une part « socle » et d'une part « activité » et s'appuyant sur une description de l'activité de SSR. À cette DMA sont associés plusieurs compartiments, qui ont vocation à être mis en œuvre progressivement, pour financer les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), les molécules onéreuses ainsi que les plateaux techniques spécialisés des établissements de SSR.

La mise en œuvre de ce nouveau modèle de financement a débuté au 1^{er} mars 2017 par une période transitoire, durant laquelle le financement des établissements de SSR combine les anciennes et les nouvelles modalités de financement :

- une part majoritaire est fondée sur la DAF pour les établissements publics et privés à but non lucratif, et sur les prix de journée pour les établissements privés à but lucratif ou non ayant opté pour ce mode de tarification ;
- une part minoritaire est fondée sur la part « activité » de la DMA.

Les établissements de SSR peuvent également être éligibles à certaines missions d'intérêt général propres à ce champ.

Enfin, pour garantir l'accessibilité territoriale aux soins et maintenir l'offre de soins de proximité, de nouvelles modalités de financement pour les établissements et activités isolées, ainsi que pour les hôpitaux de proximité, ont été définies :

- La LFSS pour 2014 a d'abord introduit le forfait « activités isolées », opérationnel depuis 2015, pour contrebalancer les limites de la T2A pour les établissements dont l'activité, bien qu'indispensable, est insuffisante pour équilibrer le financement. Il repose sur la fixation de critères objectifs permettant de qualifier l'isolement et est calculé à partir d'un niveau d'activité manquant pour atteindre l'équilibre financier. Il est éventuellement complété d'une part variable, restant à l'appréciation de l'ARS *via* le fond d'intervention régional (FIR), en contrepartie d'engagements de l'établissement, notamment en matière de coopération.

- La spécificité et le rôle des hôpitaux dits de proximité ont ensuite été reconnus dans la LFSS pour 2015, qui vise à conforter l'activité et la présence

des professionnels de santé de premier recours dans les zones les plus fragiles. L'hôpital de proximité est défini comme un établissement de santé autorisé en médecine uniquement, jouant un rôle déterminant dans l'appui au premier recours et travaillant fortement avec des médecins libéraux. Depuis 2016, les établissements labellisés hôpitaux de proximité bénéficient ainsi d'une dotation forfaitaire garantie (DFG), construite à partir des recettes historiques pour leur garantir d'en conserver au minimum 80 %. La DFG est complétée par une dotation organisationnelle et populationnelle calibrée sur la base des caractéristiques du territoire. Les établissements bénéficient également, le cas échéant, d'un complément de financement lié à leur activité.

Les perspectives d'évolution dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé

Dans le cadre de la STSS, un chantier spécifique est mené sur la réforme du financement du système de santé. Piloté par la *Task Force* de Jean-Marc Aubert, ce chantier a identifié certains leviers destinés à faire évoluer le financement du système de santé afin de mieux l'orienter vers les besoins des patients. L'ensemble des perspectives d'évolutions préconisées a fait l'objet d'un rapport publié en janvier 2019³.

En 2019, plusieurs mesures se mettent d'ores et déjà progressivement en place et permettent de poser les premiers jalons :

- **l'extension du financement à la qualité** pour renforcer l'incitation du forfait Ifaq. Le nouveau modèle de financement à la qualité reprend ainsi les acquis du dispositif antérieur, en lui donnant une nouvelle ampleur (200 millions d'euros en 2019, après 50 millions d'euros en 2018) et une meilleure lisibilité du fait d'un nombre d'indicateurs resserré ;
- **la modulation inter-régionale de la DAF en psychiatrie**, la réduction des écarts de dotation entre les régions et entre les établissements se poursuit afin de sortir progressivement des dotations historiques et aller vers des dotations « populationnelles », c'est-à-dire qui tiennent compte de la population et de la précarité sur le territoire ;
- **la mise en œuvre d'un lien entre autorisation de soins et financement**, pour que des activités réalisées

en dehors du cadre d'une autorisation de soins, et hors du contexte de l'urgence ou de la découverte fortuite, ne soient plus facturées à l'Assurance maladie ;

- **la mise en œuvre de forfaits « pathologies chroniques » à l'hôpital**, ciblés en 2019, pour commencer, sur les prises en charge du diabète et de la maladie rénale avancée : l'enjeu est de favoriser, par cette modalité de financement, une prise en charge préventive des complications et d'en freiner l'évolution ;
- **l'expérimentation d'une incitation à la réorientation aux urgences** pour les patients jugés « peu graves » et n'ayant besoin que d'une consultation simple, afin d'inciter les services d'urgences à les réorienter vers une consultation de ville, une maison médicale de garde ou une consultation hospitalière spécialisée.

L'Ondam hospitalier

Depuis 2006, et jusqu'en 2016, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) était divisé en deux sous-objectifs hospitaliers distincts pour les établissements de santé (les 2^e et 3^e sous-objectifs de l'Ondam) en fonction de leur type de dépenses : celles qui relèvent de la T2A et les autres dépenses relatives aux établissements de santé (*schéma 1* et *tableau 2*). Depuis 2017, ces deux sous-objectifs sont fusionnés en un seul sous objectif « Ondam établissements de santé », afin d'améliorer la lisibilité et le suivi des dépenses hospitalières. Ce nouveau sous-objectif unique est composé de plusieurs enveloppes :

- l'ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), qui recouvre l'ensemble des dépenses d'Assurance maladie correspondant à la masse tarifaire MCO, à celle de l'hospitalisation à domicile (HAD), aux forfaits annuels et aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus ;
- la dotation finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), dont l'objet est principalement de financer les activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifables, telles que la recherche ou l'enseignement par exemple (article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale). La liste des Migac est fixée par arrêté ;
- l'ODSSR (objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation), qui recouvre l'ensemble

3. Ce rapport est disponible sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé.

des dépenses de ces établissements, notamment :
DAF, prix de journée et DMA ;
- l'Odam (objectif des dépenses d'assurance maladie) qui agrège les dépenses des établissements de MCO et de psychiatrie sous dotation annuelle de fonctionnement, ainsi que celles des unités de soins de longue durée (USLD) ;

- l'OQN (objectif quantifié national) qui comprend les dépenses des établissements de psychiatrie privés financés en prix de journée ;
- le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui contribue au financement de l'investissement hospitalier. ■

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'Odam

En millions d'euros

		Dépenses hospitalières dans l'Odam, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, et USLD (ODSSR, Odam et OQN)	Odam T2A : ODMCO + dotation Migac	Odam T2A, partie ODMCO	Odam T2A, partie dotation Migac
2009	Dépenses constatées	69 106	17 701	51 405	43 727	7 678
2010	Dépenses constatées	70 334	17 668	52 665	44 866	7 799
2011	Dépenses constatées	72 014	18 120	53 894	45 774	8 120
2012 ¹	Dépenses constatées	73 295	18 480	54 815	47 144	7 671
2013	Dépenses constatées	73 104	18 799	54 305	48 185	6 120
2014	Dépenses constatées	74 496	19 076	55 420	49 525	5 895
2015	Dépenses constatées	75 960	19 169	56 791	50 609	6 182
2016	Dépenses constatées	77 359	18 993	58 366	51 874	6 492
2017	Objectifs initiaux	78 919	19 386	59 533	52 965	6 568
	Dépenses constatées	78 331	19 360	58 971	52 242	6 729
2018	Objectifs initiaux	80 026	19 549	60 477	53 761	6 716

Odam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; FMESPP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée ; ODSSR : objectif national des dépenses de soins de suite et de réadaptation ; Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie ; OQN : objectif quantifié national ; T2A : tarification à l'activité ; ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

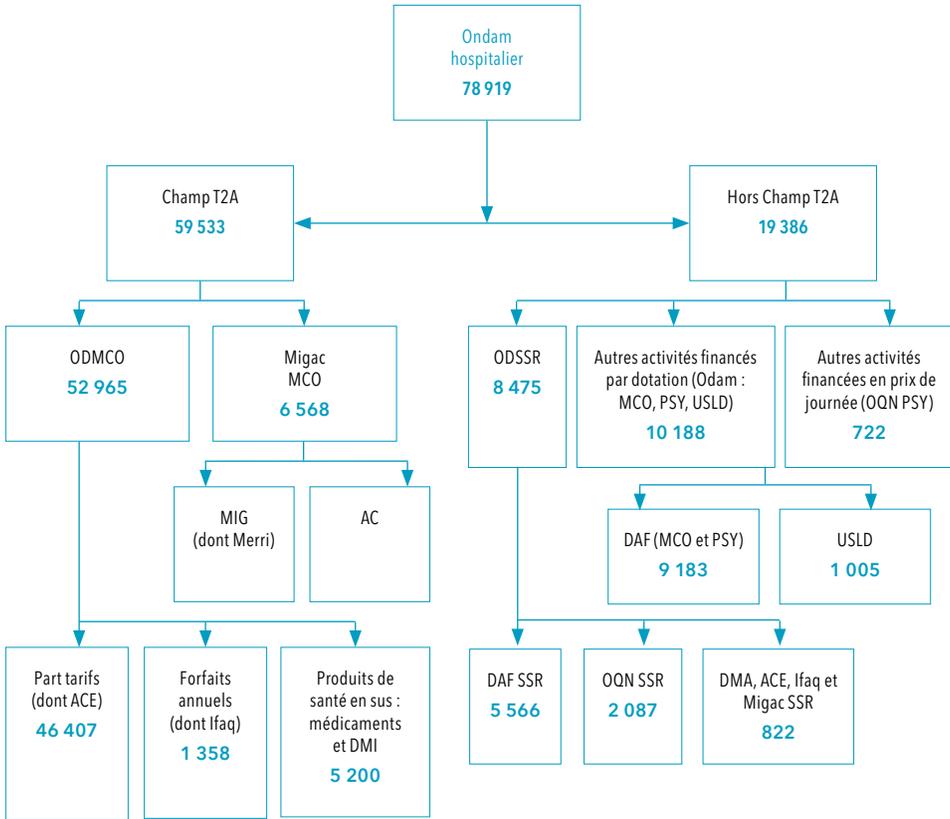
1. À compter de 2012, année de création du fonds d'intervention régional (FIR), les dépenses de l'enveloppe Migac ne comprennent plus les crédits venus abonder le FIR, lequel est devenu un sous-objectif à part entière au sein de l'Odam à compter de 2014.

Champ > Données hors fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et champ non régulé.

Sources > Dépenses constatées : ATIH, analyse de l'activité hospitalière. Objectifs 2018 : DGOS.

Schéma 1 La décomposition de l'Ondam hospitalier en 2017

En millions d'euros



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; USLD : unité de soins de longue durée ; Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie ; ODMCO : objectif national des dépenses de MCO ; DMI : dispositifs médicaux implantables ; Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ; Merri : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation ; MIG : missions d'intérêt général ; AC : aide à la contractualisation ; Ondam : objectif des dépenses d'assurance maladie (ne recouvre plus que les dotations MCO, psychiatrie et USLD) ; DAF : dotation annuelle de financement (modalité de financement de la psychiatrie et du SSR) ; DMA : dotation modulée à l'activité (modalité de financement du SSR) ; ACE : actes et consultations externes (MCO et SSR) ; Ifaq : incitation financière pour l'amélioration de la qualité (modalité de financement du MCO et du SSR) ; OQN : objectif quantifié national (modalité de financement de la psychiatrie et du SSR).

Note > Dans ce décompte, il s'agit des objectifs initiaux pour 2017, hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et champ non régulé.

Source > DGOS.

Annexe 2

Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Description

Depuis 1975, il existe une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en tant que telle a été mise en place en 1994, puis refondue en 2000 et en 2013. Les objectifs de ces refontes étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs, d'améliorer la connaissance du système médical, de tenir compte de la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), de permettre une analyse localisée de l'offre de soins et d'alléger la charge de réponse des établissements de santé en intégrant les informations sur l'activité des établissements de santé provenant du PMSI.

La SAE permet de rendre compte de l'organisation des soins, de caractériser de façon plus précise les établissements, de disposer d'indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation, et d'avoir un recueil d'informations homogène entre les secteurs public et privé. Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- identification, structure et organisation de l'établissement de santé ;
- équipements et activité ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

Les bordereaux sur les activités de soins s'articulent autour de quatre parties : capacités, activité, équipement et personnel.

Champ

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé

publics et privés installés en France (métropole et DROM), incluant les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins¹. Les services des établissements de santé assurant la prise en charge sanitaire des détenus et les établissements du service de santé des armées (SSA) sont également compris. Les données des établissements du SSA sont intégrées dans les résultats depuis 2010, sauf indication contraire dans l'ouvrage.

Mode d'interrogation

Depuis la refonte de 2013, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour les établissements publics et privés (exception faite de la psychiatrie), alors que le recueil de l'information s'effectuait auparavant au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics. Depuis la refonte de la SAE pour les données 2013, certaines données d'activité, jusque-là déclarées par les établissements, sont préremplies au cours de la collecte de la SAE avec des données issues des PMSI-MCO et HAD (certaines étant modifiables par les établissements dans le questionnaire SAE, d'autres étant non modifiables). Depuis la SAE 2016, les données d'activité sur les soins de suite et de réadaptation (SSR) sont également préremplies à partir du PMSI-SSR.

Diffusion

Les données validées par les établissements de santé en fin de collecte de la SAE sont intégralement mises à disposition sur le site de diffusion de la SAE et sur le site data.drees (sous forme de bases de données)². Par ailleurs, certaines données peuvent faire l'objet de retraitements statistiques dans le cadre d'études.

1. Les activités de soins d'assistance médicale à la procréation (AMP) et de prélèvements d'organes font l'objet de recueils d'informations distincts et ne sont pas concernés.

2. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data>, rubrique « Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux » puis « La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ».

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

Le programme de médicalisation des systèmes d'information s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous l'impulsion de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé. Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de MCO. En 1993 apparaît un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR), rendu obligatoire pour les établissements publics à partir de 1997 avant d'être généralisé en 2003. Mis en place en 2005, le PMSI-HAD est exploité par la DREES dès 2006. Après une première expérimentation, le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) se met en place à partir de la fin 2006. Ces recueils portent sur l'activité suivie par séjour ou par semaine de prise en charge. Il est possible également d'agréger des informations par patient grâce à une clé de chaînage (numéro anonyme permanent et unique attribué à chaque patient, établi sur le numéro de Sécurité sociale, la date de naissance, le sexe, etc.), qui permet de faire le lien entre les différentes hospitalisations d'un même patient. On se limite alors aux patients pour lesquels cette clé ne contient pas d'erreur.

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, depuis 1997. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit. Celui-ci fournit des informations qui déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité en matière de caractéristiques médicales, d'une part, et de durée de séjour, d'autre part. Les nomenclatures en cours pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), éventuellement complétées

d'extensions ATIH pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM). Cet ouvrage utilise la version V2017 de la classification GHM. La nomenclature des GHM en V2017 comportant près de 2 600 postes, des regroupements ont été effectués à l'aide d'une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à rassembler les GHM en groupes d'activité, eux-mêmes rassemblés en groupes de planification, puis en domaines d'activité. Ces groupes tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et de la nature de l'activité.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-MCO et la SAE

Le PMSI-MCO et la SAE sont appariés par la DREES afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. Cela permet également d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains des écarts constatés pouvaient notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvrait pas totalement l'activité en MCO. Certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux et des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, entre autres, n'y répondaient pas. Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements au PMSI-MCO. En raison de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI-MCO au fil du temps, en particulier depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ce redressement n'est plus nécessaire. En MCO, les données d'activité et les durées de séjour présentées dans cet ouvrage proviennent du PMSI. Les durées moyennes de séjour sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de plus de un jour, hors nouveau-nés restés auprès de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogène avec la SAE.

• Quelques nuances dans les définitions entre les deux sources

La mesure de l'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en séjours et en journées. La rénovation de la SAE au début des années 2000 a eu notamment pour objectif de

rapprocher ces concepts entre le PMSI-MCO et la SAE. Pour les fiches de cet ouvrage se fondant sur le PMSI-MCO, l'ensemble des séances de radiothérapie, chimiothérapie et dialyse, ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés restés auprès de leur mère sont exclus. Du fait de la nouvelle refonte de la SAE à partir des données 2013, la convergence entre SAE et PMSI-MCO sur les concepts d'activité s'est encore renforcée, puisque les variables portant sur l'activité en MCO dans la SAE sont désormais préremplies grâce à des données issues du PMSI-MCO. Par exemple, les séjours comptabilisés dans la SAE correspondent désormais aux séjours terminés dans l'année, alors qu'auparavant la SAE mesurait les séjours commencés dans l'année, ce qui pouvait occasionner de légers écarts avec les séjours recensés par le PMSI.

Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus de un jour

Des différences sensibles existent entre la SAE et le PMSI-MCO dans les optiques retenues pour la répartition des séjours selon les différents modes d'hospitalisation et 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 pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie-chirurgie ambulatoire. Le typage des unités médicales du PMSI, entre unités médicales d'hospitalisation complète et unités médicales d'hospitalisation partielle, permet alors d'utiliser la répartition de l'activité du PMSI-MCO pour préremplir certaines variables d'activité de la SAE. Une autre optique est néanmoins envisageable à partir du PMSI-MCO, celle de définir le mode d'hospitalisation en fonction de la durée constatée du séjour. Celle-ci est alors mesurée en faisant la différence entre la date de sortie et la date d'entrée. Si l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, alors la durée est nulle et le séjour classé en hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Un séjour comportant au moins une nuit est classé en hospitalisation complète.

Cette dernière optique est retenue dans cet ouvrage pour les fiches décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers.

Classification des séjours selon les disciplines d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données concernant la classification des séjours selon les disciplines d'équipement. Dans la SAE, pour la répartition entre médecine et chirurgie, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie). Un séjour est considéré comme « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré et comme « médical » si le lit est recensé en médecine. Ce classement est cohérent avec la logique de la SAE, qui est orientée vers l'analyse des moyens (facteurs de production) mobilisés pour un malade et qui se fonde là aussi sur le typage des unités médicales dans le PMSI, entre unités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Dans les fiches de cet ouvrage décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers, l'ambition est davantage de décrire les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond donc au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du GHM du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il est classé en obstétrique. L'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour est qualifié de médical. Pour ces deux types de répartition de l'activité (entre hospitalisation complète et partielle, d'une part, et entre médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie d'autre part), les données du PMSI permettent de comparer les deux optiques possibles : celle de la SAE en matière de lieu d'hospitalisation grâce au typage des unités médicales et celle relative à l'activité réalisée (tableaux 1 et 2).

Le PMSI-SSR

Le PMSI-SSR, apparié par la DREES avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant des soins de suite et de réadaptation et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients. Depuis le décret du 17 avril 2008, les conditions techniques de fonctionnement et d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ont évolué. Les soins de suite ne sont plus distingués de ceux de rééducation et de réadaptation, mais sont fusionnés avec ces derniers dans une modalité unique d'activité en SSR. Cette modalité unique se traduit par une autorisation de soins polyvalente, complétée parfois

par des autorisations de soins plus spécialisées dans certaines prises en charge : appareil locomoteur, systèmes nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, etc. Les autorisations sont également déclinées en fonction des populations prises en charge (enfants, adolescents et personnes âgées).

• Le recueil PMSI-SSR

Depuis 2003, le PMSI-SSR recueille, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation). La morbidité est détaillée grâce aux recueils de la finalité principale de prise en

Tableau 1 Répartition du nombre de séjours en fonction du lieu d'hospitalisation et de l'activité réalisée en 2017

En milliers

Lieu d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Répartition des séjours en fonction de l'activité réalisée (via le groupage GHM)			
	Chirurgie	Médecine	Activité interventionnelle (techniques peu invasives)	Obstétrique
Chirurgie	5 175	930	2 171	46
Médecine	375	5 430	1 116	26
Gynécologie-obstétrique	173	109	31	1 131
Dialyse	0	2	2	0
Urgence	20	1 231	10	2

Lecture > La majorité des séjours se déroulant dans une unité médicale de chirurgie sont accompagnés d'un acte de chirurgie (5 175 milliers) ou d'un acte interventionnel (2 171 milliers), mais 930 milliers sont des séjours de médecine et 46 milliers des séjours d'obstétrique.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2017, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition du nombre de séjours en fonction du mode d'hospitalisation issu du typage des unités médicales et de la durée effective du séjour (avec ou sans nuitée) en 2017

En milliers

Mode d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Nombre total de séjours	Nombre de séjours de plus de un jour (avec nuitée)	Nombre de séjours de moins de un jour (sans nuitée)
Hospitalisation complète (HC)	10 754	9 487	1 267
Mixte (HC / HP) ¹	860	604	255
Hospitalisation partielle (HP)	6 364	53	6 312

1. Lors du typage des unités médicales (UM) dans le PMSI, pour certaines UM, le mode d'hospitalisation n'est pas prédéfini comme « complet » ou « partiel » et la possibilité est laissée aux établissements de définir le mode d'hospitalisation de l'UM comme étant mixte. C'est le cas, par exemple, des unités de médecine gériatrique ou pédiatrique (UM 27 et 28).

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2017, traitements DREES.

charge, de la manifestation morbide principale, de l'affection étiologique, pour ce qui est de la morbidité principale, et grâce au recueil des diagnostics associés pour la comorbidité. La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les séjours dans des catégories majeures (CM), puis dans des groupes nosologiques (GN) à partir de tests effectués sur les trois variables diagnostiques de la morbidité citées ci-dessus. Lorsque le GN est déterminé, le séjour est orienté dans des racines de groupes médico-économiques (RGME), puis dans des groupes médico-économiques (GME), selon l'âge du patient, la dépendance physique ou cognitive, les actes pratiqués, la date d'intervention chirurgicale, etc. Les nomenclatures utilisées sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le codage des variables de morbidité, la classification commune des actes médico-techniques (CCAM) pour les actes médico-techniques et le catalogue spécifique des activités de rééducation-réadaptation (CSARR) pour les actes de rééducation-réadaptation. Publié en 2012, ce dernier est utilisé depuis 2013 dans le PMSI-SSR, exclusivement pour décrire et coder l'activité des professionnels concernés dans les établissements de SSR.

- **Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-SSR et la SAE**

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-SSR sont rapprochées de celles de la SAE par la DREES, pour mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, les équipements et le personnel. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation (SSR). En 2017, la couverture du PMSI-SSR est quasi exhaustive. Par ailleurs, depuis 2013, les structures qui ne fournissent pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale de SSR, si bien que le PMSI ne fait plus l'objet d'une pondération pour corriger la non-réponse. Le recueil PMSI fournit des indications sur la présence des patients pour chaque journée de

chaque semaine du séjour. Les durées de séjour sont recalculées à partir de ces informations.

- **Calcul de l'activité : mise en cohérence du PMSI-SSR et de la SAE**

Jusqu'en 2014, des écarts existaient au niveau de la mesure de l'activité. En particulier, la SAE ne comptabilisait que les séjours commencés dans l'année, contrairement au PMSI, qui recense tous les séjours. Depuis 2015, la convergence entre SAE et PMSI-SSR sur les concepts d'activité a été assurée. Depuis 2016, les séjours et les journées de la SAE sont préremplies avec le PMSI-SSR.

Le PMSI-HAD

- **Le recueil PMSI-HAD**

Le PMSI-HAD permet de mesurer l'activité des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients (sexe, âge et lieu de résidence), des diagnostics principaux et des traitements prescrits lors du séjour, et ce, depuis 2005. Les informations fournies déterminent le classement de chaque séjour dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC). À chaque GHPC est associée une pondération qui module le tarif journalier en HAD en fonction de la durée du séjour.

- **Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-HAD et la SAE**

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-HAD sont rapprochées de celles de la SAE par la DREES, afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. En 2017, la couverture du PMSI-HAD est quasi exhaustive, à cinq établissements près. Par ailleurs, les structures ne fournissant pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale d'HAD. La refonte de la SAE a permis de renforcer la convergence entre les deux sources sur les concepts d'activité. Depuis 2013, les séjours et les journées de la SAE sont préremplies avec le PMSI-HAD.

- **Le PMSI-psychiatrie (RIM-P)**

Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P), équivalent du PMSI-MCO, mis en place en 2006, permet le recueil d'informations standardisées, médicalisées et anonymisées par

l'ATIH auprès de l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Il fournit une description médicale détaillée de l'activité psychiatrique en distinguant trois natures de prise en charge : l'hospitalisation à temps complet, l'hospitalisation à temps partiel et l'ambulatoire (consultations et soins externes). Le recueil repose sur la collecte de données relatives aux patients suivis par ces établissements (âge, sexe, pathologies, etc.) et leurs modalités de prise en charge. Les prises en charge hospitalières à temps complet et à temps partiel (réalisées dans les établissements publics et privés) sont décrites à travers des séjours enregistrés au moyen d'un ou de plusieurs résumés appelés « séquences ». Il est possible d'obtenir dans ce cadre un parcours, au sein du milieu hospitalier, caractérisé par un nombre donné de séquences qui reflète la fragmentation des séjours et, dans une certaine mesure, l'interdépendance des séjours pour chaque patient. Les prises en charge ambulatoires (réalisées dans des établissements publics et des établissements de santé privés d'intérêt collectif [Espic]) sont décrites à travers des actes en fonction de leur nature, du lieu de réalisation et du type d'intervenant.

Les déclarations annuelles de données sociales (DADS)

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative commune aux administrations sociales et fiscales, que toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année doit remplir. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro Siret, code APE [activité principale exercée], nombre de salariés inscrits au 31 décembre, montant total des rémunérations annuelles, etc.) et des mentions particulières à chaque salarié (âge, sexe, nature de l'emploi, type de contrat, périodes d'emploi, nombre d'heures salariées, montant des rémunérations avant et après déduction des cotisations sociales). Le fichier statistique qui en est issu, appelé DADS – Grand format, permet notamment d'observer l'emploi et les rémunérations versées dans les établissements de santé, publics et privés.

Le système d'information des agents du secteur public (Siasp)

Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) est une source d'information spécifique aux trois fonctions publiques. Ces données, produites par l'Insee, sont exploitées par la DREES sur le champ de la fonction publique hospitalière (FPH). Le Siasp intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, notamment liés au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). Auparavant traitées de la même manière que les données du secteur privé, les données relatives à la FPH sont, depuis 2009, incluses dans le dispositif du Siasp, ce qui implique une rupture de série. La nomenclature des emplois hospitaliers (NEH) présente dans le Siasp est une nomenclature statutaire de la FPH. Au même titre que la nomenclature des emplois territoriaux (NET) pour la fonction publique territoriale, ou que la nouvelle nomenclature des emplois (NNE) pour la fonction publique d'État, la NEH permet d'observer avec précision l'emploi et les salaires par corps, grades et catégories de la fonction publique hospitalière.

Concepts utilisés dans les DADS et dans le Siasp

Poste : au sens des DADS – Grand format et du Siasp, un poste correspond à une personne dans un établissement. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts ont donc plusieurs postes. Cette notion de poste permet ainsi de recenser l'ensemble des personnes en emploi (hors intérimaires) au cours d'une année et de décrire cette période d'emploi (nombre d'heures travaillées, début et fin de la période d'emploi, durée de la période d'emploi). La durée du poste sert de pondération dans le calcul du salaire moyen sur l'année des personnels à temps plein. À partir de la notion de poste et des variables de durée, il est possible de construire des statistiques d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents le 31 décembre de l'année pour aboutir à un nombre d'emplois, soit en rapportant le nombre d'heures travaillées d'un poste à la durée de travail réglementaire pour obtenir un volume d'activité en équivalent temps plein (ETP).

Ainsi, la statistique de poste est plus générale que les notions d'emplois de la SAE et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si, par exemple, au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, deux postes sont recensés (un dans chaque établissement) dans les DADS – Grand format ou dans le Siasp, un seul finissant au 31 décembre. En revanche, au sens de la SAE, un seul emploi présent au 31 décembre est recensé, dans le second établissement. Avant la refonte de la SAE en 2013, les effectifs étaient comptabilisés comme le nombre de personnes physiques sous contrat en décembre et les ETP étaient calculés pour les personnels rémunérés en décembre. À partir de 2013, les effectifs sont comptabilisés comme le nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre et les ETP sont des ETP moyens annuels (moyenne des ETP mensuels). Par ailleurs, à partir de l'exercice 2011, le champ du Siasp et des DADS – Grand format est plus large que celui de la SAE. Le Siasp et les DADS – Grand format recensent l'ensemble des emplois des entités juridiques sanitaires, tandis que la SAE comptabilise uniquement le personnel des établissements sanitaires. Ils ne prennent pas en compte les emplois des établissements médico-sociaux et de formation dépendant d'entités juridiques sanitaires.

Condition d'emploi : un poste est dit à temps complet (ou à temps plein) si le salarié effectue le nombre d'heures journalier conforme à la durée légale. Un poste est dit à temps partiel dans les autres cas (à condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables).

Salaires net mensuel moyen : il est calculé à partir du revenu net fiscal annuel disponible dans les sources en entrée des DADS – Grand format ou du Siasp, divisé par 12 pour se ramener à un salaire mensuel. Il est net de toute cotisation sociale, y compris de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Pour chacun des postes, le salaire est donné en équivalent temps plein (ETP), ce qui correspond à la somme qu'aurait perçue le salarié s'il avait travaillé toute l'année à temps plein. Les moyennes sont obtenues en pondérant les salaires annualisés par les ETP, c'est-à-dire au *pro rata* de la durée d'emploi et de la quotité travaillée de chaque poste. Par

exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 euros par an. Le salaire net annuel moyen correspond au salaire net moyen versé par les établissements.

Données comptables des établissements de santé

Les données comptables et financières des établissements de santé sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP) pour les entités juridiques des hôpitaux publics, et par la société Bureau van Dijk (BvD) pour les cliniques privées à but lucratif. Ces dernières déposent leurs liasses fiscales auprès des greffes des tribunaux de commerce. Pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), ce sont les données de l'enquête Comptes financiers, réalisée par l'ATIH, qui sont utilisées.

Données de consommation des médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) de la liste en sus

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), un dispositif dérogatoire est prévu afin de garantir le financement des produits innovants et particulièrement onéreux, ce qui permet à la fois d'assurer la diffusion du progrès technique et de prendre en compte des pathologies atypiques. Ces spécialités sont inscrites sur la liste des médicaments et dispositifs médicaux implantables facturables en sus des prestations d'hospitalisation, dite liste en sus. Les données de cette liste sur les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) consommés par les établissements de santé proviennent du PMSI, et plus précisément du FichComp, fichier que tous les établissements de santé doivent produire et transmettre à l'ATIH. Ces données contiennent le montant au prix d'achat et le nombre administré pour chaque code unité commune de dispensation (UCD) pour les médicaments, ou code liste des produits et prestations (LPP) pour les DMI.

Des données agrégées sur la consommation globale de médicaments et DMI de la liste en sus sont accessibles *via* le portail ScanSanté de l'ATIH, plateforme

de restitution en ligne de données sur les établissements de santé. Ce portail, en accès libre, met à disposition des informations financières, d'activité, de qualité et de performance des établissements publics et privés sur les différents champs d'activités : MCO, HAD, SSR et psychiatrie. Mis en place en 2015, il succède au Système national d'information sur l'hospitalisation (Snatih).

Les sources des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS)

L'ensemble des données des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) est collecté et restitué aux établissements sur des plateformes sécurisées de l'ATIH, pour le compte de la Haute Autorité de santé (HAS).

Les IQSS concernant les infections associées aux soins (IAS)

Les données sont collectées à partir d'un questionnaire établissement *ad hoc* hébergé sur la plateforme Bilan LIN (lutte contre les infections nosocomiales). Les établissements concernés y sont inscrits et ont pour obligation de s'y connecter et d'y saisir les données demandées³. Le calcul des indicateurs est réalisé directement sur la plateforme par l'ATIH.

Les indicateurs de processus calculés à partir de données du dossier patient

Les données issues de l'analyse de dossiers de patients sont collectées à partir d'un questionnaire *ad hoc* (spécifique au thème étudié) hébergé

sur la plateforme QualHAS4. Les établissements concernés y sont inscrits et doivent y saisir les informations demandées. Un logiciel tire au sort les dossiers patients à partir de la base PMSI de l'établissement et transmet la liste sur QualHAS, verrouillant ainsi la liste des dossiers à analyser (contrôle *a priori*). Pour chaque dossier patient, un questionnaire est renseigné. Le calcul des indicateurs est réalisé directement sur la plateforme QualHAS par l'ATIH.

Les indicateurs de résultat calculés à partir du PMSI-MCO

Les indicateurs de résultat sont calculés à partir de la base PMSI-MCO scellée. Un algorithme validé par la HAS est appliqué par l'ATIH pour le calcul et les résultats sont restitués aux établissements sur QualHAS.

Les indicateurs de résultat calculés à partir d'un questionnaire patient

Les indicateurs de satisfaction des patients sont collectés sur la plateforme e-Satis, selon la procédure suivante : les établissements de MCO inscrits sur la plateforme doivent collecter en continu les adresses mails des patients concernés par l'enquête de satisfaction (hospitalisés plus de 48 heures) et les déposer régulièrement sur la plateforme⁴. Un mail est alors envoyé aux patients : il contient un lien qui leur permet de répondre directement au questionnaire *ad hoc* sur la plateforme e-Satis. À date fixe, la base est figée et les indicateurs sont calculés et restitués directement par la plateforme. ■

3. À l'issue de chaque recueil annuel, les agences régionales de santé (ARS) contrôlent les données dans 10 % des établissements concernés.

4. Ce type de recueil a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

Annexe 3

Glossaire

A

ACE : acte et consultation externe
AE : affection étiologique
AHU : assistant hospitalier universitaire
AMP : assistance médicale à la procréation
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
ATC (classification) : anatomique, thérapeutique et chimique
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU : autorisation temporaire d'utilisation
AVC : accident vasculaire cérébral
AVQ : activités de la vie quotidienne

B

BvD (société) : bureau van Dijk

C

CA : chiffre d'affaires
CAF : capacité d'autofinancement
CAS : catégorie d'activités de soins
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCU-AH : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux
CDD : contrat à durée déterminée
CDI : contrat à durée indéterminée
CH : centre hospitalier
CHR : centre hospitalier régional
CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales
CHU : centre hospitalier universitaire
CICE : crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
CIM : classification internationale des maladies
CLCC : centre de lutte contre le cancer

CM : catégorie majeure
CMP : centre médico-psychologique
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPEF : centre de planification ou d'éducation familiale
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale
CSARR : catalogue spécifique des actes de rééducation-réadaptation
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CSG : contribution sociale généralisée
CSP : Code de la santé publique
CTS : conseil territorial de santé
CV : coefficient de variation

D

DADS : déclaration annuelle de données sociales
DAF : dotation annuelle de financement
DFG : dotation forfaitaire garantie
DG : dotation globale
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DIM : département de l'information médicale
DMA : dotation modulée à l'activité
DMI : dispositif médical implantable
DMS : durée moyenne de séjour
DROM : départements et régions d'outre-mer

E

EBE : excédent brut d'exploitation
EG : entité géographique
EJ : entité juridique
Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EML : équipement de matériel lourd
EMSP : équipe mobile de soins palliatifs
ENC : étude nationale de coûts

ES : établissement de santé
Espic : établissement de santé privé d'intérêt collectif
EQTP (salaire en) : salaire en équivalent temps plein
ET : entité géographique ou établissement
ETP : équivalent temps plein

F

FEH : fonds pour l'emploi hospitalier
FFI : faisant fonction d'interne
FFIP : fonds de financement de l'innovation pharmaceutique
Finess : fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR : fonds d'intervention régional
FMESPP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FMV : forfait médicaments de ville
Fnehad : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
FPH : fonction publique hospitalière
FPPC : finalité principale de prise en charge

G

GCS : groupement de coopération sanitaire
GHM : groupe homogène de malades
GHPC : groupe homogène de prises en charge
GHS : groupe homogène de séjours
GHT : groupement hospitalier de territoire
GME : groupe médico-économique
GN : groupe nosologique

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires
HC : hospitalisation complète
HP : hospitalisation partielle

I

IAS (thème) : infections associées aux soins
ICA : indice conjoncturel d'avortement
ICATB.2 : indicateur composite du bon usage des antibiotiques version 2

ICSHA.3 : indicateur de consommation de produits hydroalcooliques version 3

Ifaq : incitation financière à l'amélioration de la qualité

Igas : Inspection générale des affaires sociales

IMG : interruption médicale de grossesse

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IQSS : indicateur de qualité et de sécurité des soins

IRM : imagerie par résonance magnétique

ISBLSM : institution sans but lucratif au service des ménages

IVG : interruption volontaire de grossesse

L

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale

LIN (bilan) : lutte contre les infections nosocomiales

LMSS : loi de modernisation de notre système de santé

LPP : liste des produits et prestations

M

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

MCS : médecin correspondant du Samu

MCU-PH : maître de conférences des universités praticien hospitalier

MECS : maison d'enfants à caractère sanitaire

Merri : mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

MIG : mission d'intérêt général

Migac : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MMP : manifestation morbide principale

MSA : Mutualité sociale agricole

N

Naf Rev2 : nomenclature d'activités française, deuxième révision

NEH : nomenclature des emplois hospitaliers

NET : nomenclature des emplois territoriaux

NNE : nouvelle nomenclature des emplois

O

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

Odam : objectif des dépenses d'assurance maladie
ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
ODSSR : objectif national de dépenses de SSR
OMS : Organisation mondiale de la santé
Ondam : objectif national des dépenses d'assurance maladie
Onic : orientation nationale d'inspection-contrôle
OQN : objectif quantifié national
ORL : oto-rhino-laryngologie
Orsan : organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle

P

PH : praticien hospitalier
PHU : praticien hospitalier universitaire
PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI : protection maternelle infantile
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PPCR : protocole sur les parcours professionnels, les carrières et rémunérations
PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS : projet régional de santé
PSPH : participant au service public hospitalier
PTG : prothèse totale de genou
PTH : prothèse totale de hanche
PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier

R

RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
RGME : racines de groupes médico-économiques
RHS : résumé hebdomadaire standardisé
RIM-P : recueil d'information médicale en psychiatrie
RSI : Régime social des indépendants

S

SAE : statistique annuelle des établissements de santé
Samu : service d'aide médicale urgente
SCD : soins de courte durée
Siren (numéro) : système d'identification du répertoire des entreprises

Siret (numéro) : système d'identification du répertoire des établissements
Siasp : système d'information des agents du secteur public
SLD : soins de longue durée
SMPR : service médico-psychologique régional
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
SNA : salaire net annuel moyen
Snatih : système national d'information sur l'hospitalisation
SNC : système nerveux central
Sniiram : système national d'information interrégimes d'assurance maladie
SNS : stratégie nationale de santé
SROS : schéma régional d'organisation des soins
SROMS : schéma régional d'organisation médico-social
SRP : schéma régional de prévention
SRS : schéma régional de santé
SSA : service de santé des armées
SSR : soins de suite et de réadaptation
STSS : stratégie de transformation de notre système de santé

T

T2A : tarification à l'activité
TBIN : tableau de bord des infections nosocomiales
TDS : territoire de démocratie sanitaire
TEP : tomographe à émission de positons
TJP : tarif journalier de prestation

U

UCD : unité commune de dispensation
UFR : unité de formation et de recherche
UHSA : unité de soin hospitalière spécialement aménagée
UMD : unité pour malades difficiles
USLD : unité de soins de longue durée
USMP : unité de soins en milieu pénitentiaire
USP : unité de soins palliatifs

V

VIH : virus d'immunodéficience humaine

Les établissements de santé

ÉDITION 2019

En 2017, plus de 3 000 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières, dont le nombre continue de diminuer, s'adaptent et modifient en profondeur leur offre de soins, par le biais notamment du développement de l'hospitalisation à temps partiel ou de l'hospitalisation à domicile.

Dans son édition 2019, *Les établissements de santé* détaille, pour l'année 2017, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, le parcours des patients par disciplines, les caractéristiques du personnel rémunéré (médical et non médical) ou encore les équipements techniques et leur répartition sur le territoire. Les nouveaux indicateurs mis à disposition par la Haute Autorité de santé (HAS) pour évaluer la qualité des soins et la sécurité des patients sont présentés de façon synthétique. Enfin, des éléments de cadrage permettent d'apprécier l'évolution de la santé économique et financière du secteur, ainsi que de son contexte juridique et réglementaire.

Dans la même collection **SANTÉ**

- > La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties
- > Les dépenses de santé
- > Portrait des professionnels de santé

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr



La DREES fait partie
du Service statistique
public piloté par l'Insee.