

# *LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ*

Un panorama pour l'année 2004



Direction de la recherche, des études,  
des évaluations et des statistiques



# **LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

## **Un panorama pour l'année 2004**

Édition 2006  
La Documentation française



Séverine Arnault, Sophie Audric, Dominique Baubeau, Valérie Carrasco, Chantal Cases, Magali Coldefy, Marie-Christine Deroin, Annie Fénina, Arnaud Fizzala, Yves Geffroy, Brigitte Haury, Marie-Caroline Legendre, Béatrice Le Rhun, Isabelle Leroux, Philippe Lombardo, Myriam Martin, Catherine Mermilliod, Marie-Claude Mouquet, Marie Podevin, Édith Thomson, Lauren Trigano, Annick Vilain, Sébastien Villeret.

Sous la coordination de :  
Mylène Chaleix et Albane Exertier

Coordination générale et secrétariat de rédaction : Hélène Wang  
Maquette : lasouris@wanadoo.fr  
Rédactrice en chef technique : Élisabeth Hini  
Directrice de publication : Anne-Marie Brocas

N° Dicom 07.039

DREES  
11, place des 5-Martyrs-du-Lycée-Buffon  
75696 Paris cedex 14  
Tél. : 01 40 56 81 28  
Internet : [www.sante.gouv.fr/drees](http://www.sante.gouv.fr/drees)



## SOMMAIRE

# LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

## Un panorama pour l'année 2004

<b>1 – Les établissements de santé: cadre juridique et institutionnel .....</b>	<b>7</b>
<b>2 – Données de cadrage .....</b>	<b>13</b>
● Les grandes catégories d'établissements de santé .....	14
● Les capacités d'accueil à l'hôpital .....	16
● L'activité des établissements de santé .....	18
● Médecins, odontologistes et pharmaciens .....	20
● Sages-femmes et personnels non médicaux salariés .....	22
● L'activité des établissements de santé dans les départements d'outre-mer .....	24
<b>3 – Médecine, chirurgie et obstétrique .....</b>	<b>27</b>
● Médecine, chirurgie, obstétrique: capacité, activité et clientèle .....	28
● La spécialisation en médecine .....	34
● La spécialisation en obstétrique .....	36
● La spécialisation en chirurgie .....	38
<b>4 – Les plateaux techniques .....</b>	<b>41</b>
● Les équipements chirurgicaux .....	42
● L'activité d'anesthésie .....	44
● L'équipement en imagerie des établissements de santé sous dotation globale .....	46
<b>5 – Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière .....</b>	<b>49</b>
● La lutte contre les infections nosocomiales .....	50
● La naissance .....	52
● L'activité des services d'urgences .....	56
● Les personnels des services d'urgences .....	60
● L'activité des services mobiles d'urgence et de réanimation .....	62
● L'offre hospitalière en psychiatrie .....	64
● La psychiatrie sectorisée .....	68
<b>6 – La situation économique du secteur .....</b>	<b>73</b>
● La part des établissements de santé dans la consommation de soins .....	74
● L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées .....	76
● L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées .....	78
● Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé .....	80
<b>7 – Les grandes sources de données sur les établissements de santé .....</b>	<b>83</b>

## Sigles utilisés

AP-HP :	Assistance publique-hôpitaux de Paris
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
CIM :	Classification internationale des maladies
CH :	Centre hospitalier
CHR :	Centre hospitalier régional
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CLCC :	Centre de lutte contre le cancer
CLIN :	Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CMD :	Catégorie majeure de diagnostic
CMP :	Centre médico-psychologique
CATTP :	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
DHOS :	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DOM :	Département d'outre-mer
ETP :	Équivalent temps plein
GHM :	Groupe homogène de maladies
GHS :	Groupe homogène de séjours
HAD :	Hospitalisation à domicile
IBODE :	Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
IME :	Institut médico-éducatif
IRM :	Imagerie par résonance magnétique
MCO :	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCU-PH :	Maître de conférence des universités-praticien hospitalier
NGAP :	Nomenclature générale des actes professionnels
OAP :	Outil d'analyse du PMSI
OQN :	Objectif quantifié national
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
POSU :	Pôle spécialisé d'urgences
PSPH :	Participant au service public hospitalier
PU-PH :	Professeur des universités-praticien hospitalier
SAE :	Statistique annuelle des établissements
SAMU :	Service d'aide médicale urgente
SAU :	Service d'accueil et de traitement des urgences
SMUR :	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSR :	Soin de suite et de réadaptation
SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A :	Tarifification à l'activité
UPATOU :	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

# 1

## **Les établissements de santé: cadre juridique et institutionnel**

## ● Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

### 1. Des missions définies par le code de la santé publique

La mission générale des établissements hospitaliers est définie par l'article L 6111-1 du code de la santé publique qui les dénomme « établissements de santé ».

Quel que soit leur statut, ils ont **vocation** à :

- assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient,
- participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.

Ces missions doivent être accomplies dans un souci permanent de sécurité sanitaire, de qualité et d'éthique.

La nature de leur **activité** est définie par l'article L 6111-2. Ils ont ainsi pour objet de dispenser :

#### 1. avec ou sans hébergement :

- a)** des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ; le terme « court séjour » est parfois employé pour parler des activités de médecine, chirurgie et obstétrique ;
- b)** des soins de suite ou de réadaptation, dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ; ces activités sont couramment dénommées « moyen séjour ».

2. des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ; ces activités sont également dénommées « long séjour ». Ces différents groupes d'activités sont généralement dénommés « **grandes disciplines** ».

Les activités sans hébergement sont souvent dénommées « **alternatives à l'hospitalisation** ». Elles comportent notamment l'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile. Les établissements de santé peuvent en outre créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux (article L 6111-3). Ceux-ci sont principalement orientés vers les personnes âgées.

### 2. Établissements publics, établissements privés et service public hospitalier

Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé. Les hôpitaux **publics** sont rattachés, dans la plupart des cas, à des collectivités locales : principalement les communes, parfois les départements. Ces établissements sont cependant des personnes morales dotées de l'autonomie administrative et financière. Les établissements **privés** sont soit à but lucratif soit à but non lucratif. Historiquement, ces derniers proviennent souvent d'initiatives émanant des mondes religieux, caritatifs ou mutualistes.

Dans le cas des établissements **à but lucratif**, souvent dénommés « cliniques », 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...).

Tous les établissements de santé assurent une gamme de prestations plus ou moins diversifiées et/ou spécialisées.

Au sein des établissements publics, on distingue les **centres hospitaliers** et les **hôpitaux locaux**. Ces derniers, destinés à assurer une offre de proximité, comportent exclusivement des activités de médecine, de soins de suite ou de réadaptation et de soins de longue durée.

Les centres hospitaliers régionaux (**CHR**) ont une vocation régionale liée à leur spécialisation tout en assurant en outre les soins courants à la population proche.

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

Parmi les autres centres hospitaliers, certains sont spécialisés, essentiellement en psychiatrie.

Au-delà des établissements publics, le **service public hospitalier** (SPH) englobe les établissements privés admis à assurer le service public hospitalier, souvent dénommés « participant au service public hospitalier » (PSPH), ainsi que des établissements privés, nettement moins nombreux, ayant conclu un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier (article L 6161-9). S'y adjoignent les **centres de lutte contre le cancer** (CLCC) ; ces derniers assurent certaines missions des établissements de santé et du service public hospitalier, dans le domaine de la cancérologie principalement.

Le service public hospitalier concourt, au-delà des missions de l'ensemble des établissements de santé, à l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche, à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence, aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination, à l'aide médicale urgente et à la lutte contre l'exclusion sociale.

Ainsi, les établissements publics ou privés du service public hospitalier ont pour mission de garantir l'égal accès aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir jour et nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur. Ils peuvent seuls comporter un service d'aide médicale urgente (SAMU), mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Les établissements privés du SPH relèvent du même régime de financement et de tutelle que les établissements publics et bénéficient des mêmes avantages pour leurs équipements (subventions notamment). Ils peuvent faire appel à des praticiens hospitaliers.

### 3. Les personnels travaillant dans les établissements de santé relèvent de statuts diversifiés

Les **médecins** intervenant dans les établissements publics sont très majoritairement salariés. Les universitaires, professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférence-praticiens hospitaliers (MCU-PH) sont des fonctionnaires de l'Éducation nationale. Les praticiens hospitaliers sont des contractuels de droit public et interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Dans les hôpitaux locaux, ceux qui interviennent en médecine relèvent du régime libéral et du paiement à l'acte. De même, dans les cliniques privées, les médecins ont très majoritairement un statut d'exercice libéral, et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent. Les établissements publics et PSPH accueillent en outre des médecins en cours de formation (les internes).

Les **personnels non médicaux** des établissements de santé publics relèvent principalement de la Fonction publique hospita-

lière. Ces établissements recourent également à des personnels non statutaires : contractuels à durée déterminée ou indéterminée, intérimaires... La Fonction publique hospitalière comprend en outre les personnels des établissements publics exclusivement consacrés à des activités médico-sociales et sociales (hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale), même si ces établissements sont fréquemment gérés par des collectivités territoriales. Les personnels des établissements privés relèvent pour leur part de conventions collectives distinctes selon le statut des établissements.

### 4. La planification sanitaire

La création, la conversion et le regroupement des activités de soins (y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation), de même que l'installation des équipements matériels lourds sont soumis à une autorisation de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Celle-ci a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources. C'est un groupement d'intérêt public entre l'État et les organismes d'Assurance maladie.

#### LES ACTIVITÉS ET LES ÉQUIPEMENTS SOUMIS À AUTORISATION

En 2006, les **activités soumises à autorisation**, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, correspondront aux rubriques suivantes :

- 1° médecine ;
- 2° chirurgie ;
- 3° gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
- 4° psychiatrie ;
- 5° soins de suite ;
- 6° rééducation et réadaptation fonctionnelles ;
- 7° soins de longue durée ;
- 8° transplantations d'organes et greffes de moelle osseuse ;
- 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° accueil et traitement des urgences ;
- 15° réanimation ;
- 16° traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
- 17° activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, activités biologiques d'assistance médicale à la procréation, activités de recuite, traitement, conservation de gamètes et cession de gamètes issus de don, activités de diagnostic prénatal ;
- 18° traitement du cancer.

En 2006, les **équipements lourds soumis à autorisation** seront les suivants :

- 1° caméra à scintillation munie ou non de détecteur d'émission de positons en coïncidence, tomographe à émissions, caméra à positons ;
- 2° appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ;
- 3° scanographe à utilisation médicale ;
- 4° caisson hyperbare ;
- 5° cyclotron à utilisation médicale.

## ● Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel *suite*

Peuvent être titulaires d'autorisation :

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

2° un établissement de santé ;

3° une personne morale dont l'objet porte, notamment, sur l'exploitation d'un établissement de santé, d'une activité de soins ou d'un équipement matériel lourd mentionnés à l'article L 6122-1, ou encore sur la pratique des activités propres aux laboratoires d'analyses de biologie médicale.

L'autorisation est subordonnée au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret. Elle est donnée pour une durée déterminée d'au moins 5 ans.

Le **schéma d'organisation sanitaire (SROS)** est le cadre de référence pour l'attribution des autorisations. Établi sous l'autorité du directeur de l'ARH, il a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Le schéma d'organisation sanitaire vise à favoriser des adaptations et des complémentarités dans l'offre de soins, ainsi que des coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire.

Le schéma d'organisation sanitaire est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.

Le schéma d'organisation sanitaire comporte une annexe établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et détaillant les objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire.

Cette annexe précise :

1° les objectifs quantifiés de l'offre de soins par **territoires de santé**, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et par équipements matériels lourds ;

2° les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national. Les limites des territoires de santé sont définies par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les activités et équipements relevant du schéma régional d'organisation sanitaire et par le ministre chargé de la santé pour ceux qui relèvent d'un schéma interrégional ou national.

Mis en place par l'ordonnance du 4 septembre 2003, ce dispositif de régulation prend définitivement le relais de la carte sanitaire qui fixait des plafonds de capacités d'accueil ou de nombre

d'équipements. Il se met en place à compter de la publication des nouveaux schémas d'organisation sanitaire dits « SROS de 3<sup>e</sup> génération » et ce au plus tard le 31 mars 2006. **Les données présentées ici, se référant à des années antérieures à la mise en œuvre de cette ordonnance, concernent donc des périodes où la carte sanitaire était encore en vigueur.**

Au cours de la dernière décennie, pour un certain nombre d'activités, l'organisation de l'offre a été aménagée dans une logique conduisant à offrir les ressources les plus spécialisées dans un nombre limité de sites, avec mise en réseau des sites concernés par ces activités. C'est notamment le cas des maternités, dont l'activité est répartie en 3 niveaux hiérarchisés et des services d'urgences.

La psychiatrie est organisée de façon spécifique au sein de territoires de santé particuliers : les secteurs psychiatriques (voir les fiches « L'offre hospitalière en psychiatrie » p. 64 et « La psychiatrie sectorisée » p. 68).

### 5. Le financement des établissements de santé

La tarification à l'activité (T2A) a été mise en place de manière progressive à partir de 2004 pour les établissements de santé titulaires d'autorisation de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). Pour les établissements également titulaires d'autorisations de lits ou places de soins de suite et de réadaptation (SSR), de psychiatrie ou de long séjour, seule la partie des activités MCO est concernée par la T2A. En effet, les deux modes de financement existant avant la T2A (la dotation globale et un système de paiement mixte à l'acte et à la journée) restent applicables aux activités non soumises aujourd'hui à la T2A.

#### a. La tarification à l'activité (T2A), nouveau mode de financement dont la montée en charge est progressive

Ce nouveau mode de financement concerne les établissements de santé titulaires d'autorisation de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), quel que soit leur type d'activité (hospitalisation complète, partielle, à domicile, structure de dialyse), à l'exception des hôpitaux locaux et des établissements militaires et pénitentiaires.

#### La T2A distingue deux modes de financements :

son principe fondateur réside en un paiement à l'activité, mais ce paiement n'est pas exclusif et une partie des dépenses hospitalières est versée sous forme de dotations.

Le financement des séjours constitue l'essentiel de la partie financée à l'activité de la T2A. Un forfait est fixé par groupe homogène de séjours (GHS), regroupement de séjours déterminé à partir de critères économiques et médicaux.

Il existe aujourd'hui deux échelles tarifaires distinctes : une relative aux établissements MCO anciennement sous objectif quantifié national (OQN), l'autre relative aux établissements MCO anciennement sous dotation globale (voir c. page suivante pour plus détails sur ces deux notions).

Certains éléments peuvent être facturés en sus de ce forfait (médicaments et dispositifs médicaux implantables particulièrement coûteux) et les séjours de durée « extrême » (haute et/ou basse) peuvent faire l'objet d'une tarification spécifique.

MODES DE FINANCEMENT APPLICABLES PAR PRESTATION HOSPITALIÈRE		
	Paiement à l'activité	Dotation
Groupe homogène de séjours (majorité des séjours)	x	
Dispositifs médicaux et médicaments facturables en sus	x	
Dialyse	x	
Interruption volontaire de grossesse (IVG)	x	
Hospitalisation à domicile (HAD)	x	
Réanimation	x	
Consultations et actes externes des praticiens des hôpitaux publics	x	
Services d'urgences autorisés	x	x
Prélèvement d'organes	x	x
Missions d'intérêt général (MIG)		x
Aides à la contractualisation (AC)		x
Dotation annuelle complémentaire (DAC)		x

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

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

Autre rémunération sous forme de dotation, les Missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC) relèvent de deux enveloppes allouées contractuellement par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

#### b. La réforme est progressive et aménagée

La montée en charge progressive de la réforme de la T2A vise à permettre aux établissements de santé de s'adapter dans le temps aux différentes règles de cette nouvelle logique tarifaire. Au cours de l'année 2004, les établissements MCO anciennement sous dotation globale ont mis en place la T2A à hauteur de 10 % de leur activité (les 90 % restant sont financés sous forme de dotation). Pour ce secteur, la progressivité de la mise en place de la T2A réside dans l'augmentation de ce pourcentage. Il s'élève à 25 % en 2005 puis à 35 % en 2006. La partie d'activité restant financée sous la forme de dotation est nommée dotation annuelle complémentaire (DAC) et non plus dotation globale. À partir du 1<sup>er</sup> mars 2005, la T2A a été mise en place à taux plein pour les établissements MCO anciennement sous OQN. Un coef-

ficient de transition permet de lisser dans le temps l'impact de la réforme. Il est calculé chaque année pour chaque clinique et vise à harmoniser de manière progressive les ressources allouées aux cliniques.

#### c. Les modes de financement existant avant 2004

Le budget global ou dotation globale s'appliquait jusqu'en 2004 à l'ensemble des établissements publics, des établissements privés participant au service public hospitalier et, depuis 1996, des autres établissements privés à but non lucratif ayant opté pour ce régime. Ce dispositif, sous une dénomination différente, la dotation annuelle de financement (DAF), continue à s'appliquer intégralement aux activités de moyen séjour, de psychiatrie ainsi qu'à la part du long séjour financée par la Sécurité sociale. L'évolution de la dotation globale est encadrée par un taux directeur, les dépenses annuelles d'un établissement ne devant pas dépasser le budget prévisionnel qui lui est alloué.

Le système de paiement mixte à l'acte et à la journée s'applique à tous les établissements relevant du régime de l'Objectif quantifié national (OQN), il concerne essentiellement les établissements privés à but lucratif. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005 et la mise en place de la tarification à l'activité au sein des cliniques pratiquant le MCO, l'OQN concerne presque exclusivement les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que ceux de psychiatrie. Ce régime correspond au taux d'évolution des tarifs et à l'augmentation prévisionnelle des volumes d'activité décidés chaque année dans ce cadre.

**Les données présentées ici, se référant essentiellement à des années antérieures à 2005, sont le plus souvent présentées en référence aux modes de financement prévalant avant la T2A.** ■



# 2

## Données de cadrage

- Les grandes catégories d'établissements de santé
  - Les capacités d'accueil à l'hôpital
  - L'activité des établissements de santé
  - Médecins, odontologistes et pharmaciens
- Sages-femmes et personnels non médicaux salariés
- L'activité des établissements de santé dans les départements d'outre-mer

## ● Les grandes catégories d'établissements de santé

*Environ 3 000 établissements assurent un accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel. Parmi eux, et depuis le milieu des années 1990, les établissements privés, quel que soit leur mode de financement, ont vu leur nombre se réduire de près de 450 sous l'effet des restructurations qui ont affecté ce secteur. Ce mouvement se poursuit : ils sont un peu moins de 1 900 en 2004.*

Résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. Y cohabitent des établissements de trois types de statuts juridiques, qui 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 travaillant dans ces établissements présentent la même variété (voir chapitre 1).

### Environ 3 000 établissements de santé offrant 451 000 lits et 49 500 places

Au 31 décembre 2004, 2 890 établissements ou entités juridiques sanitaires disposaient de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (comptées en places), que ce soit en hôpital de jour, de nuit, en anesthésie, ou en chirurgie ambulatoire. Au total, ils offraient une capacité d'accueil d'un peu plus de 451 000 lits et 49 500 places. De plus, certains établissements autorisés dispensent des soins (comptés en séances) sans capacité d'accueil, qu'ils soient à temps complet ou partiel : il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. On comptabilise 112 entités juridiques de dialyse auxquelles sont rattachées 622 antennes.

Depuis le milieu des années 1990, le nombre d'établissements s'est continuellement réduit, essentiellement en raison de la disparition d'établissements privés. Ces derniers, quel que soit leur mode de financement, ont vu leur nombre diminuer de près de 450 sous l'effet des réorganisations et restructurations qui ont affecté ce secteur. Ces mouvements tiennent à de nombreux facteurs, liés aussi bien à la rationalisation de la prise en charge qu'à l'amélioration de la qualité de celle-ci.

#### ■ **Champ**

Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse (112 entités juridiques auxquelles sont rattachées 622 antennes) et de radiothérapie. France métropolitaine.

#### ■ **Définitions**

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

– l'**entité juridique** (EJ) qui correspond à la définition de l'entité institu-

tionnelle de la comptabilité publique. Elle possède un conseil d'administration et une direction et est maîtresse de sa décision. Elle exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine.

– l'**entité géographique** (ou établissement, ET) qui correspond en général au site de production (mais aussi éventuellement au site porteur du budget), dépend de l'entité juridique (une même entité juridique ne pouvant, en théorie, donner lieu à plusieurs établissements qu'à la condition d'implantations géographiques ou de budgets différents).

– Dans le **secteur public**, une entité juridique peut regrouper plusieurs établissements se trouvant sur des sites relativement éloignés.

– Dans le **secteur privé**, la situation

### Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 994 entités juridiques publiques, coexistent trois types d'établissements, financés de manière identique mais qui se différencient selon leurs missions : 29 centres hospitaliers régionaux (CHR) assurent les soins les plus spécialisés à la population de la région ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; environ 600 centres hospitaliers (CH), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie de la prise en charge, dont près de 90 sont spécialisés en psychiatrie ; et enfin près de 350 hôpitaux locaux, assurent pour l'essentiel une fonction d'accueil et de soins pour personnes âgées (voir tableau 1). Les 1 896 établissements privés comportent près de 1 100 établissements à but lucratif, souvent dénommés « cliniques », les quelques 800 autres ayant un caractère non lucratif (voir tableau 2). Un peu plus de 800 établissements privés sont spécialisés dans les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, et représentent environ 52 % des lits et places du secteur. Un peu moins de 800 autres établissements privés sont spécialisés dans les soins de suite, de réadaptation et de long séjour, ce qui correspond à 1/3 des lits du secteur et quasiment à 1/5 des places.

Le service public hospitalier regroupe les établissements publics et plus des 2/3 des établissements privés à but non lucratif. Il représente les 3/4 de l'ensemble des lits et places offerts par le système hospitalier. Les établissements financés par dotation globale en 2004 sont pour l'essentiel les établissements appartenant à ce secteur (voir tableau 3). ■

est en général plus simple : l'entité juridique représentant la société d'exploitation (particulier ou société) reste encore très souvent rattachée à un seul établissement géographique, malgré le développement de regroupements.

– **les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement ainsi que la notion de participation au service public hospitalier sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

#### ■ **Pour en savoir plus**

– *Annuaire des statistiques sanitaires sociales*, éditions 1989 à 1999 SESI.

– *Les Établissements de santé en 1999, 2001, 2002 ; Un panorama pour l'année 2003*, DREES.

– Bousquet F. *et al.*, 2001, « Les restructurations à travers les systèmes d'information, d'une définition complexe à un suivi opérationnel », *Revue française des Affaires sociales*, n° 2, avril-juin, DREES.

– Kervasdoué de J., 2004, *L'Hôpital*, coll. « Que sais-je? », PUF.

– Stingre D., 2004, *Le Service public hospitalier*, coll. « Que sais-je? », PUF.

#### ■ **Sources**

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

tableau 1 ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation  
par catégorie d'établissement en 2004

	Entités	Lits	Places
<b>Secteur public (entités juridiques)</b>	<b>994</b>	<b>294 802</b>	<b>30 666</b>
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	29	79 983	6 196
Centre hospitalier (CH)	515	161 171	10 366
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	87	29 239	13 881
Hôpital local	341	22 487	76
Autre établissement public	22	1 922	147
<b>Secteur privé (établissements)</b>	<b>1 896</b>	<b>155 912</b>	<b>18 809</b>
Établissement de soins de courte durée	821	81 342	9 923
Centre de lutte contre le cancer	20	2 961	562
Établissement de lutte contre les maladies mentales	240	18 045	4 811
Établissement de soins de suite et de réadaptation	667	45 427	3 431
Établissement de soins de longue durée	119	7 096	24
Autres établissements privés	29	1 041	58
<b>Ensemble</b>	<b>2 890</b>	<b>450 714</b>	<b>49 475</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

tableau 2 ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation  
par statut juridique et participation au service public hospitalier en 2004

	Entités	Lits	Places
<b>Service public hospitalier</b>	<b>1 567</b>	<b>346 531</b>	<b>38 052</b>
Secteur public (entités juridiques)	994	294 802	30 666
Établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH)	573	51 729	7 386
<b>Autres établissements privés</b>	<b>1 323</b>	<b>104 183</b>	<b>11 423</b>
Établissement privé à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier (non PSPH)	254	12 800	1 964
Établissement privé à but lucratif	1 069	91 383	9 459
<b>Ensemble</b>	<b>2 890</b>	<b>450 714</b>	<b>49 475</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

tableau 3 ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation  
par type de financement en 2004

	Entités	Lits	Places
<b>Financement par la dotation globale</b>	<b>1 739</b>	<b>353 750</b>	<b>39 259</b>
Secteur public (entités juridiques)	994	294 802	30 666
Établissement privé sous dotation globale	745	58 948	8 593
<b>Autres modes de financement</b>	<b>1 151</b>	<b>96 964</b>	<b>10 216</b>
Établissement privé sous objectif quantifié national	1 129	95 398	9 980
Autres	22	1 566	236
<b>Ensemble</b>	<b>2 890</b>	<b>450 714</b>	<b>49 475</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

## ● Les capacités d'accueil à l'hôpital

*En 2004, 451 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé ; soit une diminution de près de 90 000 lits d'hospitalisation en douze ans. En contrepartie, 7 000 places d'hospitalisation à temps partiel ont été créées depuis 1994 pour atteindre en 2004 un total de 49 500 places. Ces évolutions sont différenciées selon les secteurs et les statuts juridiques des établissements et accompagnent leur spécialisation. En 2004, l'essentiel des places d'hospitalisation à temps partiel pour les soins de courte durée était partagé entre les cliniques privées et les établissements publics. Toutefois, ces derniers disposent de l'essentiel des capacités d'accueil à temps partiel en psychiatrie.*

### Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

Entre 1992 et 2004, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 540 000 à 451 000 (voir tableau 2). La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier, d'environ 1,5 % par an. Cette inflexion n'a pas touché toutes les disciplines de manière égale : le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) et en psychiatrie a diminué de façon importante, alors que la réduction a été plus limitée en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation fonctionnelle). Après une augmentation jusqu'en 2001, les capacités d'accueil en long séjour diminuent, en particulier suite à la transformation en EHPAD (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) de certaines unités.

La diminution globale du nombre de lits s'est également effectuée à des rythmes différents selon les secteurs d'hospitalisation : -15 % en 12 ans dans le secteur public, -15 % dans les cliniques privées commerciales et -25 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Ce mouvement, qui résulte en partie d'une volonté de suppression de lits excédentaires, traduit aussi 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.

### Des capacités d'accueil se tournant de plus en plus vers les alternatives à l'hospitalisation

Depuis la seconde moitié des années 1980 une transformation des modes de prise en charge est en effet intervenue à la faveur des innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques...) ont pu être effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet. Entre 1994 et 2004, il s'est ainsi créé 7 000 places d'hospitalisation de court séjour à temps partiel, venant compléter les 42 000 places créées les années précédentes.

La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différents types d'établissements. En 2004, près de la moitié des places d'hospitalisation à temps partiel, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sont offertes par les cliniques en particulier en anesthésie et en chirurgie ambulatoire (voir tableau 1). Les établissements privés sous dotation globale regroupent plus de la moitié des capacités d'hospitalisation à temps partiel en soins de suite et de réadaptation, et à peu près 1/5 des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 80 % des places en psychiatrie ainsi que 45 % des places en court séjour avec une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique. ■

#### ■ **Champ**

France métropolitaine.

#### ■ **Définitions**

– *L'hospitalisation complète* se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à 24 heures. Elle comprend également dans les données présentées les unités fermées le week-end (hospitalisation dite de semaine).

– *L'hospitalisation partielle* concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie

ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

– *Les capacités d'accueil* des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de **lits** (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète, et en **places** pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et places installés au 31 décembre 2004, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades,

y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés.

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

#### ■ **Pour en savoir plus**

– Carrasco V., Coldefy M., Deroin C., Lombardo P., Thomson E., 2005,

« L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 456, décembre, DREES.

#### ■ **Sources**

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

tableau 1 ● nombre de lits et places installés au 31 décembre 2004 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement et le type de financement

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004
<b>Nombre de lits d'hospitalisation complète en :</b>								
Soins de courte durée (MCO)	148 541	-0,5%	16 772	-2,9%	60 566	-2,1%	225 879	-1,1%
Psychiatrie	39 391	-1,5%	7 153	-7,6%	11 272	6,2%	57 816	-0,9%
Soins de suite et de réadaptation	38 186	-0,1%	28 510	-1,7%	24 273	2,1%	90 969	0,0%
Soins de longue durée	68 684	-4,1%	6 504	-2,8%	862	-14,7%	76 050	-4,1%
<b>Total</b>	<b>294 802</b>	<b>-1,4%</b>	<b>58 939</b>	<b>-3,4%</b>	<b>96 973</b>	<b>-0,3%</b>	<b>450 714</b>	<b>-1,4%</b>
<b>Nombre de places d'hospitalisation partielle en :</b>								
Soins de courte durée (MCO)	8 231	5,5%	1 398	1,5%	8 756	4,5%	18 385	4,7%
Psychiatrie	21 150	0,8%	4 522	-1,6%	376	36,2%	26 048	0,8%
Soins de suite et de réadaptation	1 285	6,8%	2 673	3,4%	1 084	0,5%	5 042	3,6%
<b>Total</b>	<b>30 666</b>	<b>2,3%</b>	<b>8 593</b>	<b>0,4%</b>	<b>10 216</b>	<b>5,0%</b>	<b>49 475</b>	<b>2,5%</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2003-2004, données statistiques

tableau 2 ● évolution du nombre de lits et de places d'hospitalisation de 1992 à 2004 selon le statut de l'établissement et le type de financement

	Établissements publics				Établissements privés non lucratif			
	1992	1994	1998	2004	1992	1994	1998	2004
<b>Nombre de lits d'hospitalisation complète en :</b>								
Soins de courte durée (MCO)	177 839	170 503	158 023	148 541	31 770	28 459	23 849	19 785
Psychiatrie	61 538	55 292	47 204	39 391	13 465	12 653	11 547	7 751
Soins de suite et de réadaptation	40 647	39 773	38 296	38 186	34 418	34 667	33 382	30 411
Soins de longue durée	68 277	71 770	75 273	68 684	4 336	5 234	6 324	6 582
<b>Total</b>	<b>348 301</b>	<b>337 338</b>	<b>318 796</b>	<b>294 802</b>	<b>83 989</b>	<b>81 013</b>	<b>75 102</b>	<b>64 529</b>
<b>Nombre de places d'hospitalisation partielle en :</b>								
Soins de courte durée (MCO)	nd	5 309	5 842	8 231	nd	1 140	1 461	1 861
Psychiatrie	nd	20 539	21 350	21 150	nd	5 189	5 413	4 700
Soins de suite et de réadaptation	nd	683	884	1 285	nd	2 242	2 326	2 789
<b>Total</b>	<b>nd</b>	<b>26 531</b>	<b>28 076</b>	<b>30 666</b>	<b>nd</b>	<b>8 571</b>	<b>9 200</b>	<b>9 350</b>
	Établissements privés lucratifs				Ensemble des établissements			
	1992	1994	1998	2004	1992	1994	1998	2004
<b>Nombre de lits d'hospitalisation complète en :</b>								
Soins de courte durée (MCO)	75 109	72 010	67 100	57 553	284 718	270 972	248 972	225 879
Psychiatrie	12 976	12 358	10 519	10 674	87 979	80 303	69 270	57 816
Soins de suite et de réadaptation	18 540	19 706	19 669	22 372	93 605	94 146	91 347	90 969
Soins de longue durée	652	817	837	784	73 265	77 821	82 434	76 050
<b>Total</b>	<b>107 277</b>	<b>104 891</b>	<b>98 125</b>	<b>91 383</b>	<b>539 567</b>	<b>523 242</b>	<b>492 023</b>	<b>450 714</b>
<b>Nombre de places d'hospitalisation partielle en :</b>								
Soins de courte durée (MCO)	nd	6 065	6 894	8 293	nd	12 514	14 196	18 385
Psychiatrie	nd	169	116	198	nd	25 897	26 796	26 048
Soins de suite et de réadaptation	nd	787	817	968	nd	3 712	4 027	5 042
<b>Total</b>	<b>nd</b>	<b>7 021</b>	<b>7 827</b>	<b>9 459</b>	<b>nd</b>	<b>42 123</b>	<b>45 019</b>	<b>49 475</b>

Note de lecture : les places ne sont dénombrées que depuis 1994. D'autre part, pour les années 1992 à 1998, les lits (et les places) de toxicologie ont été comptés avec la psychiatrie.

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, EHP et H80 pour 1992, SAE 1994-2004, données statistiques

## ● L'activité des établissements de santé

*Le secteur hospitalier a pris en charge en 2004 plus de 23 millions de séjours, dont un peu plus de la moitié ont duré moins de 24 heures. Ces derniers prennent une part de plus en plus importante dans l'activité de toutes les disciplines, quel que soit le statut et le type de financement des établissements. Dans le même temps, le nombre de journées d'hospitalisation tend à diminuer sous l'effet combiné de l'augmentation de la part de l'hospitalisation partielle et de la diminution des durées de séjour. La variété des portefeuilles d'activité des établissements par mode de prise en charge et grande discipline donne une première image de leur spécialisation.*

### En 2004, la moitié des séjours à l'hôpital durent moins de 24 heures

Au cours de l'année 2004, les établissements de santé ont pris en charge 23,4 millions de séjours répartis en 11,5 millions d'hospitalisations à temps complet et 11,9 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins de 24 heures (voir tableau 1). La répartition des séjours selon les grandes disciplines médicales varie fortement selon le mode de prise en charge. En hospitalisation à temps complet, le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) concerne près de 90 % des prises en charge, le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) 7 %, la psychiatrie 5 % et les soins de longue durée moins de 1 %. Un peu plus de 40 % des hospitalisations à temps partiel relèvent de la psychiatrie, secteur dans lequel les alternatives à l'hospitalisation ont été développées depuis les années 1970 (voir fiches « L'offre hospitalière en psychiatrie » p. 64 et « La psychiatrie sectorisée » p. 68). Les soins de courte durée représentent quant à eux 46 % des venues et les soins de suite et de réadaptation près de 12 %.

### Une évolution progressive des modes de prise en charge

Depuis plusieurs années, on enregistre une diminution de l'activité d'hospitalisation à temps complet alors que, dans le même temps, se sont développées les prises en charge à temps partiel. Toutefois, en 2004, l'activité hospitalière à temps complet se stabilise (+0,2 %) (tous secteurs et disciplines confondus, excepté les soins de longue durée) alors que l'activité à temps partiel s'est accrue de 5 %. Cette dernière augmentation, particulièrement sensible en 2004 dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique (+6,9 %) et en soins de suite et de réadaptation (+4,1 %), est légèrement plus marquée pour les établissements privés hors dotation globale (+6,4 %), que dans le secteur privé sous dotation globale (+3,9 %) ou les hôpitaux publics (+4,8 %).

En sus de l'activité d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, on comptabilise 13,9 millions de séances en traitements et cures ambulatoires (dont 4,4 millions de séances de dialyse et 3,7 millions de radiothérapie). Un peu moins de 3,2 millions de préparations de chimiothérapie ont par ailleurs été délivrées à des malades en hospitalisation complète et partielle. Les urgences ont, elles, accueilli 14,2 millions de passages en 2004. Les urgences ainsi que

d'autres formes de prise en charge ambulatoire à l'hôpital (en particulier la psychiatrie) font l'objet de fiches spécifiques (voir chapitre 5). On y ajoutera les quelques 28 millions de consultations externes déclarées par les hôpitaux publics.

### Une diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète

L'activité de soins de longue durée, mieux mesurée par le nombre de journées que par le nombre d'entrées, est encore en recul en 2004 (-3,9 %) avec un total de 27 millions de journées (voir tableau 2). Le nombre de journées d'hospitalisation a également baissé en psychiatrie (-0,7 %), confirmant une tendance observée depuis le début des années 1990 avec le raccourcissement de la durée des séjours. Les soins de courte durée connaissent une diminution en nombre de journées (-1 %) qui contraste avec la stabilisation du nombre de séjours. Les soins de suite et de réadaptation voient leur nombre de journées légèrement augmenter (+0,8 %) pour la quatrième année consécutive, après la baisse constatée à la fin des années 1990.

### Une structure d'activité qui varie selon les catégories d'établissements

La structure des activités, tant en termes de grandes disciplines que de modes de prise en charge, varie sensiblement entre les grandes catégories d'établissements de santé (voir graphique). Les soins de courte durée en hospitalisation complète sont essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques privées, ces dernières assurant d'autre part légèrement plus de séjours à temps partiel. Les établissements sous dotation globale, en particulier publics, accueillent la plus grande partie des séjours psychiatriques, notamment à temps partiel. Chaque catégorie d'établissement assure une part presque équivalente des soins de suite et de réadaptation en hospitalisation complète, les établissements privés sous dotation globale prenant une forte part dans les soins de suite et de réadaptation à temps partiel. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation sont confirmées et amplifiées lorsque l'on analyse la répartition des activités par pathologie ou par acte médical (voir fiches « La spécialisation en médecine » p. 34, « La spécialisation en obstétrique » p. 36 et « La spécialisation en chirurgie » p. 38). ■

#### ■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités d'hospitalisations complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2004, en France métropolitaine. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (moins de 0,5 %).

#### ■ Définitions

– **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou moins 24 heures :** en médecine, chirurgie et obstétrique,

un séjour d'une durée inférieure à 24 heures est classé en « hospitalisation de moins de 24 heures » quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation.

– **Préparations de chimiothérapie :** somme des chimiothérapies réalisées sur des patients en hospitalisation partielle et des chimiothérapies des malades hospitalisés.

– **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de

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

#### ■ Pour en savoir plus

– Carrasco V., Coldéfy M., Deroin C., Lombardo P., Thomson E., 2005, « L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 456, décembre, DREES.

#### ■ Sources

La Statistique annuelle des établisse-

ments de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances...) 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 de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

tableau 1 ● nombre de séjours (entrées et venues) par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement et le type de financement en 2004

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004
<b>Soins de courte durée (MCO)</b>								
- hospitalisation > 24 heures	5 941 061	0,9 %	643 797	0,3 %	3 413 902	-0,9 %	9 998 760	0,2 %
- hospitalisation < 24 heures	2 569 031	7,6 %	301 182	9,1 %	2 603 062	6,1 %	5 473 275	6,9 %
Ensemble	8 510 092	2,8 %	944 979	2,9 %	6 016 964	2,0 %	15 472 035	2,5 %
<b>Psychiatrie</b>								
- hospitalisation complète	451 268	0,6 %	58 289	-2,2 %	114 418	3,8 %	623 975	0,9 %
- hospitalisation partielle	3 890 205	2,7 %	961 322	2,8 %	99 831	41,9 %	4 951 358	3,3 %
Ensemble	4 341 473	2,5 %	1 019 611	2,5 %	214 249	18,6 %	5 575 333	3,0 %
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>								
- hospitalisation complète	338 869	0,1 %	236 973	-0,3 %	256 778	1,3 %	832 620	0,4 %
- hospitalisation partielle	379 901	8,1 %	783 743	3,4 %	316 843	1,3 %	1 480 487	4,1 %
Ensemble	718 770	4,2 %	1 020 716	2,5 %	573 621	1,3 %	2 313 107	2,7 %
<b>Soins de longue durée</b>								
- hospitalisation complète	37 940	-15,3 %	3 800	-1,7 %	592	-15,9 %	42 332	-14,3 %
<b>Total</b>								
- hospitalisation complète	6 769 138	0,7 %	942 859	0,0 %	3 785 690	-0,6 %	11 497 687	0,2 %
- hospitalisation partielle	6 839 137	4,8 %	2 046 247	3,9 %	3 019 736	6,4 %	11 905 120	5,0 %
<b>Ensemble</b>	<b>13 608 275</b>	<b>2,7 %</b>	<b>2 989 106</b>	<b>2,6 %</b>	<b>6 805 426</b>	<b>2,4 %</b>	<b>23 402 807</b>	<b>2,6 %</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2003 et 2004, données statistiques pour l'activité de court séjour, DREES SAE 2003 et 2004, données statistiques pour les autres disciplines

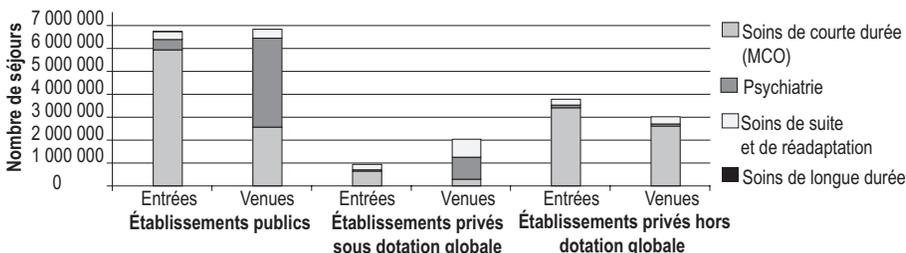
tableau 2 ● nombre de journées d'hospitalisation complète par grands groupes de disciplines selon le statut et le type de financement des établissements en 2004

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	Journées 2004	Évolution 2003-2004	Journées 2004	Évolution 2003-2004	Journées 2004	Évolution 2003-2004	Journées 2004	Évolution 2003-2004
Soins de courte durée (MCO)	39 721 629	-0,5 %	4 019 281	-1,2 %	16 304 902	-2,1 %	60 045 812	-1,0 %
Psychiatrie	12 359 012	-0,8 %	2 140 517	-9,7 %	3 965 061	5,2 %	18 464 590	-0,7 %
Soins de suite et de réadaptation	11 405 858	1,1 %	8 094 652	-0,2 %	8 093 784	1,3 %	27 594 294	0,8 %
Soins de longue durée	24 348 708	-4,0 %	2 353 381	-1,2 %	285 233	-16,7 %	26 987 322	-3,9 %
<b>Total</b>	<b>87 835 207</b>	<b>-1,3 %</b>	<b>16 607 831</b>	<b>-1,9 %</b>	<b>28 648 980</b>	<b>-0,4 %</b>	<b>133 092 018</b>	<b>-1,2 %</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2003 et 2004, données statistiques pour l'activité de court séjour, DREES SAE 2003 et 2004, données statistiques pour les autres disciplines

graphique ● répartition des séjours en 2004



Note de lecture : entrées pour l'hospitalisation à temps complet ; venues pour l'hospitalisation à temps partiel.

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques pour l'activité de court séjour, DREES SAE 2004, données statistiques pour les autres disciplines

## ● Médecins, odontologistes et pharmaciens

En 2004, les établissements de santé comptaient 162 000 emplois de médecins (y compris les internes et assimilés), dont près des deux tiers dans les établissements publics. Après la stabilité constatée en 2003, la hausse de 0,9 % enregistrée en 2004 est imputable aux internes et aux salariés. Comme les années précédentes, la progression des effectifs des salariés se poursuit dans tous les secteurs et particulièrement dans les cliniques privées alors que les effectifs des professionnels libéraux sont en diminution constante. Cette baisse reflète pour partie les regroupements d'établissements, majoritairement privés.

### En 2004, progression des effectifs médicaux dans le secteur public

En 2004, les effectifs médicaux des établissements de santé atteignent 162 000 emplois dont 20 000 pour les internes et assimilés. Les effectifs des médecins, odontologistes et pharmaciens salariés augmentent de 1,4 % alors que ceux des praticiens libéraux diminuent dans tous les secteurs (-1,7 %). Les internes et assimilés enregistrent la hausse la plus importante (+4,8 %) (voir tableau 1).

Près des 2/3 des praticiens exercent dans les hôpitaux publics, 27 % dans les cliniques privées et 8 % dans les établissements privés sous dotation globale. Le secteur public enregistre une hausse de l'ensemble de ses effectifs de 1,7 %. Cette augmentation est de 1 % pour les médecins salariés et de 5,4 % pour les internes. Les effectifs des professionnels libéraux qui exercent dans les hôpitaux locaux diminuent quant à eux et leur nombre reste très faible. Dans le secteur public, les médecins en formation représentent 18 % des effectifs médicaux. La forte augmentation de leurs effectifs résulte de la mise en œuvre de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales. En 2004, les épreuves classantes nationales (ECN) ont été mises en place et ont coexisté avec les épreuves classiques d'internat accessibles pour la dernière fois à certaines catégories d'étudiants. Le nombre de places offertes a donc été particulièrement élevé cette année-là (voir *Études et Résultats*, n° 429).

Dans les établissements privés sous dotation globale, seuls les effectifs de médecins salariés augmentent (+2,4 %). Ces derniers représentant près de 80 % des effectifs, la hausse enregistrée compense la baisse du nombre de libéraux et d'internes.

Dans les cliniques privées, les effectifs de salariés augmentent fortement (+6,6 %) – tendance déjà observée les années précédentes. Ils représentent pourtant seulement 10 % des effectifs totaux ; l'augmentation constatée ne suffit donc pas pour compenser la baisse des effectifs de praticiens exerçant à titre libéral. Toutefois concernant ces derniers,

la diminution doit être relativisée. En effet, plus que pour les salariés les doubles comptes peuvent être importants puisqu'un médecin peut travailler dans plusieurs établissements différents. Cela est particulièrement vrai pour les cliniques privées et il en résulte que la baisse de leur effectif peut provenir pour partie des regroupements de cliniques.

Dans les établissements publics, les médecins salariés peuvent être répartis selon leur statut en équivalent temps plein (ETP) (voir tableau 3). Les effectifs de praticiens hospitaliers, qui représentent 60 % des ETP, sont en progression constante (+3,8 % entre 2003 et 2004). Le nombre des hospitalo-universitaires (en ETP), titulaires ou non, progresse légèrement du fait des non-titulaires. En revanche le nombre d'ETP d'assistants et d'attachés diminue.

### La médecine générale et les spécialités médicales mobilisent près de 60 % des praticiens exerçant dans les établissements de santé

Près de 60 % des praticiens exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé se consacrent, à temps plein ou à temps partiel, à la médecine générale et à des spécialités médicales quel que soit le secteur dans lequel ils interviennent. Les spécialités chirurgicales (y compris la gynécologie-obstétrique) mobilisent un médecin sur six dans les établissements publics et privés sous dotation globale et un médecin sur trois dans les cliniques privées (voir tableau 2), ce qui traduit la spécialisation constatée dans ces établissements (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie » p. 38). En revanche, la psychiatrie est peu pratiquée dans le secteur privé hors dotation globale. Quant à la moindre proportion des praticiens se consacrant à la biologie médicale, la pharmacie et la radiologie, elle traduit une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux mêmes des établissements. ■

### ■ Champ

Personnel médical des établissements de santé en France métropolitaine.

### ■ Définitions

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

– **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaillent au sein des cliniques privées, ou des hôpitaux locaux (de statut public) qui font appel à des médecins généralistes libéraux payés à l'acte.

Lorsque leur contrat de travail ou leur statut leur permet, les médecins salariés (notamment attachés) peuvent en outre exercer dans des hôpitaux différents. S'agissant des médecins libéraux, on dispose uniquement de l'information sur le caractère « exclusif » ou non de l'exer-

cice, c'est-à-dire sur le fait qu'ils interviennent sur un seul établissement ou non (en sus de leur activité en cabinet). Toutes ces raisons justifient le choix de ne présenter ici que des effectifs exprimés en nombre de personnes en activité, au risque de doubles comptes, pour donner une vision d'ensemble.

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

– **L'exercice salarié à l'hôpital** à temps plein ou à temps partiel, relève de différents statuts : il s'agit principalement de médecins ayant le titre de praticiens hospitaliers admis sur concours et de praticiens hospitalo-universitaires (PU-PH) qui partagent leurs activités entre le soin, l'enseignement et la recherche (par convention ils sont

comptabilisés pour 0,5 ETP pour la partie soins). Les médecins assistants sont recrutés sur des contrats à durée déterminée ; à l'issue de ce contrat, certains resteront à l'hôpital, d'autres s'orienteront vers le secteur libéral. Les médecins attachés sont des médecins vacataires travaillant à temps partiel (1 à 8 vacations hebdomadaires maximum) et qui peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.

### ■ Pour en savoir plus

– *Observatoire national de la démographie des professionnels de santé*, 2004, Rapport 2004, Paris, La Documentation Française, voir tome II, Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et spécialité.

– Billaut A., 2006, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n° 474, mars, DREES.

– Billaut A., 2005, « Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) », *Études et Résultats*, n° 429, septembre, DREES.

– Bessièrre S., Breuil-Genier P. et Darinè S., 2004, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, n° 352, novembre, DREES.

– Vilain A. et Niel X., 2001, « Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 1980 : davantage de débuts de carrière à l'hôpital », *Études et Résultats*, n° 145, novembre, DREES.

### ■ Sources

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

tableau 1 ● effectifs médicaux exerçant dans les établissements de santé en 2004

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004
<b>Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens</b>								
Salariés	83 329	1,0 %	10 831	2,4 %	4 326	6,6 %	98 486	1,4 %
Libéraux (1)	2 398	-1,4 %	1 697	-9,3 %	39 587	-1,4 %	43 682	-1,7 %
<b>Total (2)</b>	<b>85 727</b>	<b>0,9 %</b>	<b>12 528</b>	<b>0,6 %</b>	<b>43 913</b>	<b>-0,6 %</b>	<b>142 168</b>	<b>0,4 %</b>
Internes, FFI, DIS (3)	18 633	5,4 %	1 185	-3,3 %			19 818	4,8 %
<b>Total</b>	<b>104 360</b>	<b>1,7 %</b>	<b>13 713</b>	<b>0,3 %</b>	<b>43 913</b>	<b>-0,6 %</b>	<b>161 986</b>	<b>0,9 %</b>

1 - Libéraux dans les hôpitaux locaux seulement, pour le secteur public.

2 - Sauf médecins intervenant de façon exceptionnelle dans les établissements (occasionnels).

3 - FFI : faisant fonction d'interne, DIS : Diplôme interuniversitaire de spécialités.

Note de lecture : ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2003-2004, données statistiques

tableau 2 ● effectifs des médecins exerçant en établissement de santé en 2004 selon la spécialité

Spécialité	Établissements publics	Établissements privés sous dotation globale	Établissements privés hors dotation globale	Total	Structure en %
Médecine générale	11 104	1 672	2 178	14 954	10,5
Anesthésie réanimation	6 834	867	3 681	11 382	8,0
Pédiatrie	3 563	386	804	4 753	3,3
Autres spécialités médicales	27 762	4 612	18 160	50 534	35,5
Gynécologie-obstétrique	3 644	419	2 046	6 109	4,3
Spécialités chirurgicales	11 857	1 669	12 161	25 687	18,1
Biologie médicale	5 158	324	1 377	6 859	4,8
Psychiatrie	7 370	1 416	1 252	10 038	7,1
Pharmaciens	2 811	636	1 321	4 768	3,4
Autres	5 624	527	933	7 084	5,0
<b>TOTAL effectifs</b>	<b>85 727</b>	<b>12 528</b>	<b>43 913</b>	<b>142 168</b>	<b>100,0</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

tableau 3 ● répartition par statut en ETP des effectifs des médecins salariés dans les hôpitaux publics en 2004

	2004	Évolution 2003-2004
<b>Effectif total des salariés</b>	<b>83 329</b>	<b>1,0 %</b>
ETP des hospitalo-universitaires titulaires*	2 944	-0,6 %
ETP des praticiens hospitaliers	33 476	3,8 %
ETP des assistants	4 194	-4,2 %
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	1 921	2,3 %
ETP des attachés	8 347	-2,1 %
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	4 502	7,3 %
<b>Total des ETP salariés</b>	<b>55 383</b>	<b>2,2 %</b>

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

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2003-2004, données statistiques

## ● Sages-femmes et personnels non médicaux salariés

*Outre les personnels médicaux, le secteur hospitalier public et privé emploie plus d'un million de sages-femmes et de personnels non médicaux, à temps plein ou à temps partiel. Cela représente 950 000 équivalents temps plein. Ces effectifs sont en progression constante depuis plusieurs années, particulièrement dans le secteur public. En 2004, on observe un ralentissement de cette hausse et même une stagnation dans les établissements privés sous dotation globale.*

### En 2004, les effectifs de personnels non médicaux augmentent dans le secteur public mais se stabilisent dans le secteur privé

En 2004, les sages-femmes et personnels non médicaux salariés dans les établissements de santé représentent 949 000 personnes en équivalent temps plein (ETP), parmi lesquelles les 3/4 relèvent des hôpitaux publics, 99 000 (soit 10,5 % de l'ensemble) sont employées dans les établissements privés sous dotation globale et 125 000 (13 %) dans les cliniques privées (voir tableau 1). Comme les années précédentes, l'effectif de ces personnels est en augmentation par rapport à 2003 dans les établissements publics (+2,3 %) alors qu'il stagne dans les établissements privés: +0,1 % dans les établissements sous dotation globale et +0,4 % dans les cliniques. Parmi les personnels soignants, les effectifs infirmiers progressent, et ce dans tous les secteurs. La mise en œuvre de la réduction du temps de travail explique en partie ces améliorations. Ce phénomène se combine avec une tendance au renforcement de la qualification des personnels soignants. Le nombre d'infirmiers en ETP a en effet augmenté de 16,4 % entre 1998 et 2004 tandis que celui des aides-soignants augmentait de 12,7 %.

### Plus d'un salarié sur cinq à temps partiel

Plus d'un salarié hospitalier sur cinq exerce à temps partiel (voir graphique 1). Ce taux monte à 26 % dans les établissements privés hors dotation globale et atteint 31 % dans les établissements

privés sous dotation globale. Il n'est en revanche que de 19 % pour le personnel des hôpitaux publics. Le taux de recours au temps partiel dans l'ensemble des établissements de santé, globalement stable dans le temps, recouvre toutefois des évolutions différentes selon les secteurs: une diminution du recours au temps partiel semble s'amorcer depuis 2002 dans les établissements publics tandis que l'augmentation se poursuit dans le secteur privé quel que soit le mode de financement. Ces emplois correspondent par ailleurs à des quotités de temps différentes selon les secteurs, puisque les personnels à temps partiel travaillent en moyenne 72 % d'un temps plein dans les établissements publics contre seulement 52 % dans les établissements privés. Les personnels de rééducation et psychologues (autres soignants) sont les plus fréquemment employés à temps partiel: le taux de recours est de 39 % dans le secteur public et de 52 % dans le secteur privé.

### Un taux de féminisation particulièrement élevé

Ce recours important au temps partiel est à rapprocher du taux de féminisation particulièrement élevé de ces personnels: 80 % de l'ensemble des salariés non médicaux sont des femmes avec de fortes variations selon les catégories (voir graphique 2). Les femmes représentent ainsi seulement 1/3 du personnel technique, mais plus des 3/4 du personnel médico-technique, 87 % des infirmières, 89 % des aides-soignantes et la quasi-totalité des sages-femmes. ■

#### ■ Champ

Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements de santé en France métropolitaine.

#### ■ Définitions

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

peuvent être titulaires ou non. Les apprentis et autres contrats aidés ne sont pas comptabilisés dans les effectifs en ETP.

– *Les effectifs* décomptés correspondent au nombre de personnes employées, l'équivalent **temps plein** est calculé dans les tableaux présentés ici au prorata du taux de rémunération.

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

#### ■ Pour en savoir plus

– Le Lan R., 2006, «La réduction du temps de travail vue par les salariés hospitaliers en 2003», *Études et Résultats*, n° 469, mars, DREES.

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

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

– Tonneau D., 2004, «Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003? Des difficultés liées à l'organisation», *Études et Résultats*, n° 302, avril, DREES.

– Bousquet F., 2003, «La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la Fonction publique hospitalière», *Études et Résultats*, n° 224, mars, DREES.

– Segrestin B. et Tonneau D., 2002, «La réduction du temps de travail dans les établissements privés sanitaires, médico-sociaux et sociaux», *Études et Résultats*, n° 171, mai, DREES.

#### ■ Sources

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

tableau ● **sages-femmes et personnels non médicaux en 2004**  
effectifs en équivalent temps plein (ETP)

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004
<b>Personnels administratifs</b>	82467	2,6%	14508	0,5%	18798	-0,4%	115773	1,8%
<b>Personnels soignants</b>	509349	2,4%	65169	0,1%	93215	0,7%	667733	1,9%
- sages-femmes	8141	3,1%	700	9,7%	2152	-2,2%	10993	2,4%
- personnel d'encadrement du personnel soignant	23337	0,1%	3342	-1,4%	3329	2,1%	30008	0,1%
- infirmiers (1)	203429	2,9%	24644	1,3%	39053	2,7%	267126	2,7%
- aides-soignants (2)	176947	2,4%	18743	1,2%	27256	-0,9%	222946	1,9%
- agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	78147	1,2%	11713	-3,9%	19034	-1,6%	108894	0,1%
- autres	19348	4,1%	6027	-0,2%	2391	6,9%	27766	3,4%
Personnels éducatifs et sociaux	9372	3,8%	2997	1,8%	544	9,8%	12913	3,6%
Personnels médico-techniques	35421	1,3%	4539	2,1%	2575	0,8%	42536	1,4%
Personnels techniques	88079	1,7%	12260	-1,2%	9849	-1,8%	110188	1,1%
<b>Total</b>	<b>724687</b>	<b>2,3%</b>	<b>99473</b>	<b>0,1%</b>	<b>124982</b>	<b>0,4%</b>	<b>949142</b>	<b>1,8%</b>

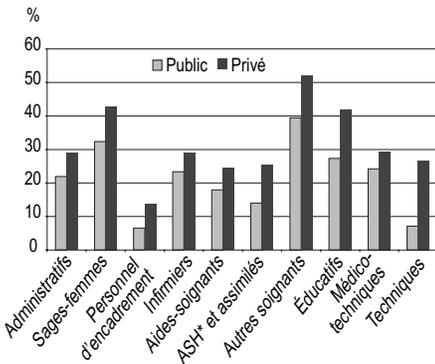
1 - Y compris infirmiers spécialisés et de secteur psychiatrique.

2 - Non compris élèves.

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2003-2004, données statistiques

graphique 1 ● **part du temps partiel dans les secteurs public et privé**

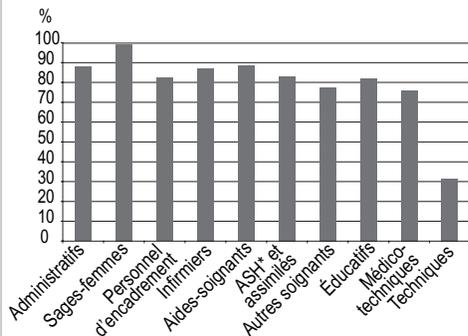


\* ASH : Agents de services hospitaliers.

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

graphique 2 ● **taux de féminisation en 2004**



\* ASH : Agents de services hospitaliers.

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

## ● L'activité des établissements de santé dans les départements d'outre-mer

*En termes de capacités totales, l'offre de soins des établissements de santé dans les départements d'outre-mer est légèrement plus faible que celle de la métropole. L'activité y est également un peu inférieure et l'offre y est essentiellement orientée vers les soins aigus. La place du secteur public y est, davantage qu'en métropole, prépondérante, à l'exception des prises en charge en moyen et long séjour.*

### Une offre essentiellement orientée vers le court séjour

Les départements d'outre-mer comptent une soixantaine d'établissements de santé, représentant au total plus de 8 500 lits et environ 1 000 places d'hospitalisation (voir tableau). L'offre en termes de capacité totale rapportée à la population, apparaît légèrement plus faible dans les DOM qu'en métropole pour toutes les disciplines, mais surtout en matière de moyen et de long séjour. Les capacités totales sont toutefois essentiellement orientées vers les soins aigus (médecine, chirurgie et obstétrique).

L'activité des établissements de santé publics et privés des départements d'outre-mer, mesurée en séjours (entrées en hospitalisation à temps complet et venues en hospitalisation à temps partiel) représente 2 % de l'activité réalisée dans toute la France, alors que la population des DOM représente près de 3 % de la population française.

L'essentiel de l'activité en hospitalisation complète est constitué dans les DOM par le court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (92 % des séjours hospitaliers dans les DOM contre 88 % en métropole), le moyen séjour et la psychiatrie n'en représentant que 4 % et le long séjour seulement 0,1 % (voir graphique 1). L'hospitalisation à temps partiel en matière de court séjour et de

psychiatrie est moins développée dans les DOM qu'en France métropolitaine; elle l'est en revanche autant en matière de moyen séjour.

### Un poids prépondérant des établissements publics

Dans les départements d'outre-mer, le poids du secteur public est plus élevé qu'en métropole. Il y offre 72 % des capacités d'hospitalisation complète et les 3/4 des places d'hospitalisation à temps partiel. Cela se traduit par une prise en charge de 71 % des séjours d'hospitalisation à temps complet contre seulement 62 % en France métropolitaine. Le poids du secteur public est supérieur à 50 % pour toutes les disciplines à l'exception des soins en moyen séjour (voir graphique 2). En matière d'hospitalisation à temps partiel, le poids du secteur public reste également plus élevé qu'en métropole pour les venues en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ainsi qu'en psychiatrie. Concernant cette dernière discipline, le secteur public prend en charge dans les DOM plus de 90 % des séjours en hospitalisation partielle (contre près de 80 % en métropole). Il accueille en revanche 16 % des venues pour le moyen séjour contre 25 % en métropole. ■

### ■ Champ

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion).

### ■ Sources

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

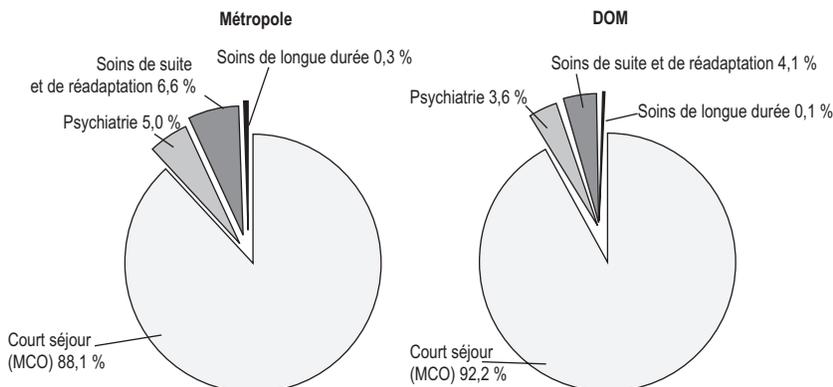
tableau ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation  
par catégorie d'établissement en 2004 dans les départements d'outre-mer

	Entités	Lits	Places
<b>Secteur public (entités juridiques)</b>	<b>29</b>	<b>6 257</b>	<b>751</b>
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	2	1 700	166
Centre hospitalier (CH)	21	3 814	244
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	3	642	341
Hôpital local	3	101	0
Autre établissement public	0	0	0
<b>Secteur privé (établissements)</b>	<b>34</b>	<b>2 429</b>	<b>258</b>
Établissement de soins de courte durée	24	1 932	175
Centre de lutte contre le cancer	0	0	0
Établissement de lutte contre les maladies mentales	1	71	15
Établissement de soins de suite et de réadaptation	8	364	60
Établissement de soins de longue durée	1	62	8
Autre établissement privé	0	0	0
<b>Ensemble</b>	<b>63</b>	<b>8 686</b>	<b>1 009</b>

Champ : Départements d'outre-mer

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

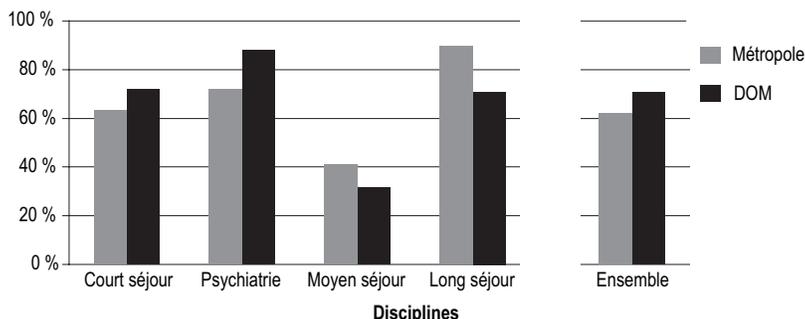
graphique 1 ● structure des séjours en hospitalisation complète  
par grande discipline en 2004



Champ : France métropolitaine et départements d'outre-mer

Sources : DREES, SAE 2004, données administratives

graphique 2 ● part du secteur public pour les séjours en hospitalisation complète



Champ : France métropolitaine et départements d'outre-mer

Sources : DREES, SAE 2004, données administratives



# 3

## **Médecine, chirurgie et obstétrique**

- Médecine, chirurgie, obstétrique : capacité, activité et clientèle
  - La spécialisation en médecine
  - La spécialisation en obstétrique
    - La spécialisation en chirurgie

## ● Médecine, chirurgie, obstétrique : capacité, activité et clientèle

*L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique a connu une restructuration au profit de l'hospitalisation à temps partiel. Sur dix places d'hospitalisation partielle quatre sont détenues par les cliniques en chirurgie, et trois par les hôpitaux publics en médecine. Parallèlement la durée de séjour des hospitalisations de plus de 24 heures continue à décroître.*

*Les grands motifs de recours à l'hospitalisation de courte durée varient peu sur ces dernières années, mais changent selon le type d'établissement auquel ils s'adressent. Les patients les plus fréquemment hospitalisés sont essentiellement des nourrissons et enfants en bas âge, des femmes qui accouchent et des personnes âgées.*

Entre 1992 et 2004, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique en court séjour (MCO) a diminué de près de 60 000, pour atteindre plus de 225 000 en fin de période (voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital » p. 16). Cette diminution s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : -38 % pour les établissements privés non lucratifs, -23 % pour les établissements privés à but lucratif et -16 % pour les établissements publics. Ces écarts d'évolution n'ont cependant pas modifié de façon significative la répartition globale des lits entre les différents secteurs.

### 18 000 places d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique en 2004

Le développement de l'hospitalisation partielle a été, en contrepartie, spécialement important en MCO. On décompte ainsi un peu plus de 18 000 places dédiées à ce mode de prise en charge en 2004, dont 38 % sont des places d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire dans les établissements privés hors dotation globale et 31 % des places de médecine dans les hôpitaux publics (voir tableau 1).

### La croissance d'activité en médecine et chirurgie passe par l'ambulatoire

Le nombre de séjours médicaux a progressé de 3,7 % en 2004 pour atteindre 8,9 millions. Cette progression s'observe en particulier dans les établissements privés hors dotation globale. Elle est entièrement portée par la hausse de l'activité d'hospitalisation de moins de 24 heures (+8,1 %) et ce, dans les trois secteurs hospitaliers, alors que l'activité n'augmente que légèrement pour les hospitalisations de plus de 24 heures (+0,9 %) (voir tableau 2).

L'activité de chirurgie (5,3 millions de séjours) reste quasiment stable en 2004 (+0,8 %). En revanche, le nombre de venues en chirurgie ambulatoire connaît en 2004 une croissance de 4,7 % portée par les trois secteurs et principalement par les établissements publics (+6,7 %).

Le nombre de séjours classés en obstétrique augmente légèrement (+1,5 %) après le pic observé en 2000, qui correspondait à la reprise de la natalité observée à cette période.

### Une réduction de la durée moyenne des séjours

La durée moyenne des séjours en hospitalisation complète se réduit de nouveau en 2004, étant désormais de 6 jours (voir tableau 3). C'est dans les services de chirurgie des hôpitaux publics qu'elle est la plus longue (7,4 jours), mais elle a tendance à diminuer par rapport à 2003 (7,6 jours). Dans les cliniques privées, elle est quasiment homogène en médecine et en chirurgie, les établissements privés sous dotation globale occupant, quant à eux, une position médiane. En obstétrique la durée moyenne de

séjour est d'environ 5 jours dans tous les établissements quelque soit le mode de financement.

### Des motifs de recours qui changent globalement peu depuis 1998...

La structure des activités de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) selon les grandes catégories de diagnostic est stable depuis 1998 : 8 catégories majeures de diagnostic (CMD) sur les 27 existantes concentrent plus de 2/3 de l'ensemble de l'activité de MCO (voir tableau 4). Ainsi en 2004, 15 % des séjours se rapportent à des affections du tube digestif et près de 11 % à des affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique. Viennent ensuite les facteurs influant sur l'état de santé (soins liés aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques), les affections de l'appareil circulatoire ainsi que les grossesses pathologiques et accouchements, CMD représentant chacune 8 à 9 % des séjours. Les affections du système nerveux, les affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents, celles de la peau et des tissus sous-cutanés ainsi que les affections de l'œil représentent enfin environ 5 % des séjours.

### ... mais qui varient selon le type d'établissement

Cette répartition est toutefois variable selon le secteur d'hospitalisation. Dans les cliniques privées, les types d'affections prises en charge sont moins diversifiés. Seules 5 catégories de diagnostic représentent près des 2/3 de l'activité : les affections du tube digestif (24 %), les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique (13 %), les affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents (10 %), celles de l'appareil circulatoire et de l'œil (8 % chacune). Ces dernières apparaissent d'ailleurs comme une spécialité importante de ces établissements (voir les fiches « La spécialisation en médecine » p. 34, « La spécialisation en obstétrique » p. 36, et « La spécialisation en chirurgie » p. 38). À l'inverse, l'une des activités les plus fréquentes des établissements sous dotation globale (publics ou privés) est liée à des dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques (respectivement 14 et 12 %). Les grossesses pathologiques et accouchements constituent également une part significative de l'activité des établissements publics (voir la fiche « La naissance » p. 52).

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

Trois âges de la vie sont particulièrement concernés par des hospitalisations plus fréquentes. Tout d'abord, 382 000 séjours en MCO, soit 2,5 % des séjours à temps complet et partiel, concernent des nourrissons alors que les enfants de moins de 1 an ne représentent que 1,26 % de la population (voir tableau 5 et gra-

tableau 1 ● nombre de lits et places installés au 31 décembre 2004  
selon le statut de l'établissement et le type de financement

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	lits	places	lits	places	lits	places	lits	Places
Médecine	91 098	5 749	8 939	939	11 922	1 680	111 959	8 368
Chirurgie	43 157	1 594	6 575	437	42 031	7 055	91 763	9 086
Gynéco-obstétrique	14 286	888	1 258	22	6 613	21	22 157	931
<b>Total</b>	<b>148 541</b>	<b>8 231</b>	<b>16 772</b>	<b>1 398</b>	<b>60 566</b>	<b>8 756</b>	<b>225 879</b>	<b>18 385</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

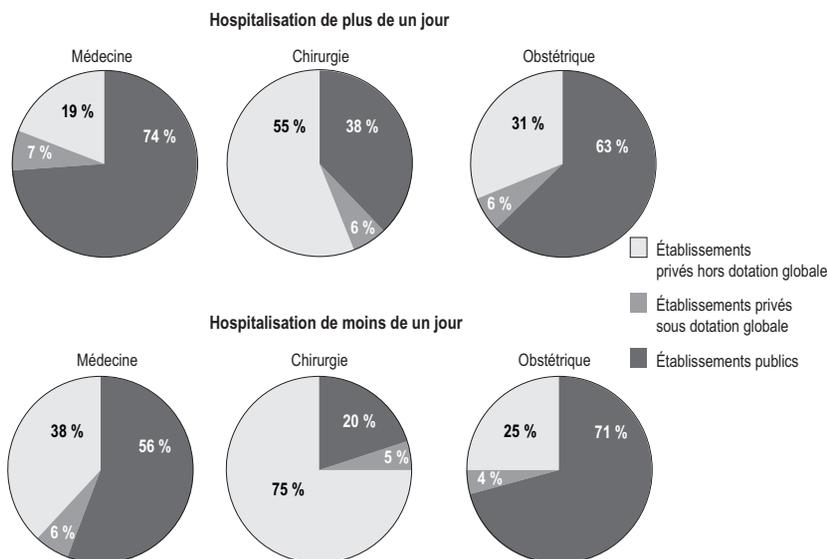
tableau 2 ● nombre de séjours en 2004 par discipline d'équipement  
selon le statut de l'établissement et le type de financement

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004
<b>Hospitalisation de plus de 24 heures</b>								
Séjours classés en médecine	3 901 084	0,7 %	3 755 564	0,3 %	1 026 329	1,9 %	5 302 977	0,9 %
Séjours classés en chirurgie	1 442 331	1,2 %	214 022	-0,6 %	2 092 182	-2,1 %	3 748 535	-0,8 %
Séjours classés en obstétrique	597 646	0,9 %	54 211	4,5 %	295 391	-1,1 %	947 248	0,4 %
<b>Total</b>	<b>5 941 061</b>	<b>0,9 %</b>	<b>6 43 797</b>	<b>0,3 %</b>	<b>3 413 902</b>	<b>-0,9 %</b>	<b>9 998 760</b>	<b>0,2 %</b>
<b>Hospitalisation de moins de 24 heures</b>								
Séjours classés en médecine	2 033 885	7,8 %	215 282	10,7 %	1 358 929	8,2 %	3 608 096	8,1 %
Séjours classés en chirurgie	304 524	6,7 %	73 897	4,8 %	1 164 568	4,3 %	1 542 989	4,7 %
Séjours classés en obstétrique	230 622	7,1 %	12 003	7,9 %	79 565	-2,2 %	322 190	4,7 %
<b>Total</b>	<b>2 569 031</b>	<b>7,6 %</b>	<b>301 182</b>	<b>9,1 %</b>	<b>2 603 062</b>	<b>6,1 %</b>	<b>5 473 275</b>	<b>6,9 %</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2003-2004, données statistiques

graphique 1 ● répartition en 2004 des différentes activités en MCO par type d'établissement



Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques

tableau 3 ● durée moyenne de séjour en 2003 et 2004 selon le statut de l'établissement et le type de financement

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
<b>Hospitalisation de plus de 24 heures</b>								
Séjours classés en médecine	6,8	6,7	6,3	6,3	4,8	4,7	6,3	6,3
Séjours classés en chirurgie	7,6	7,4	6,7	6,4	4,8	4,8	6,0	5,9
Séjours classés en obstétrique	5,0	5,0	5,1	5,0	5,2	5,1	5,1	5,0
<b>Total</b>	<b>6,8</b>	<b>6,7</b>	<b>6,3</b>	<b>6,2</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>6,1</b>	<b>6,0</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2003-2004, données statistiques

tableau 4 ● répartition des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique par grandes catégories de diagnostic selon le statut de l'établissement et le type de financement en 2004 (en %)

Catégorie majeure de diagnostic (CMD)	Établissements publics	Établissements privés sous dotation globale	Établissements privés hors dotation globale	Ensemble des établissements
<b>Nombre de séjours</b>	<b>8 510 092</b>	<b>944 979</b>	<b>6 016 964</b>	<b>15 472 035</b>
Affections du tube digestif	8,97	12,98	23,95	15,09
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	9,52	8,52	13,03	10,84
Facteurs influant sur l'état de santé	13,57	11,54	4,62	9,93
Affections de l'appareil circulatoire	9,14	8,30	8,19	8,72
Grossesses pathologiques, accouchements et affections <i>post-partum</i>	9,93	7,10	6,26	8,32
Affections du système nerveux	7,86	5,79	3,36	5,97
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	3,44	3,62	9,62	5,88
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	3,66	6,37	6,30	4,86
Affections de l'œil	2,17	2,67	8,63	4,74
Affections de l'appareil respiratoire	5,99	5,04	1,18	4,04
Affections du rein et des voies urinaires	3,44	2,80	2,86	3,17
Affections de l'appareil génital féminin	2,05	2,92	3,75	2,77
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	3,49	2,89	1,06	2,50
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	3,14	8,29	0,61	2,46
<b>Total des 14 catégories les plus fréquentes</b>	<b>86,37</b>	<b>88,83</b>	<b>93,42</b>	<b>89,29</b>

Note de lecture : seules les 14 CMD les plus fréquentes sont détaillées ici par ordre décroissant d'importance. Les affections du tube digestif représentent 9% de l'activité totale du secteur public, 13% de celle du secteur privé sous dotation globale et 24% de celle du secteur privé hors dotation globale.

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques

tableau 5 ● répartition des séjours\* en médecine, chirurgie et obstétrique selon le sexe et l'âge des patients en 2004

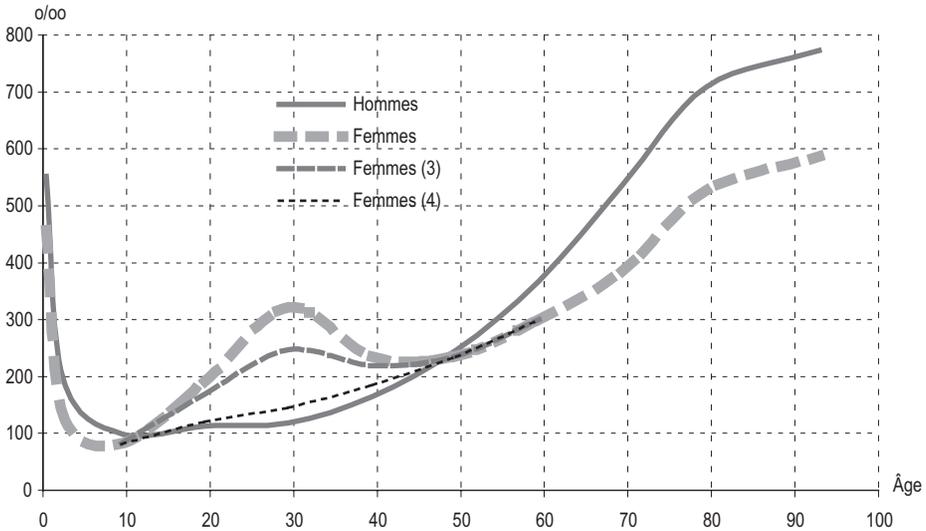
Âge	Hospitalisation partielle (- de 24 heures)		Hospitalisation complète (+ de 24 heures)		Ensemble des séjours MCO	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
moins de 5 ans	204 159	119 168	313 775	243 602	517 934	362 770
5 à 14 ans	166 719	122 039	199 017	164 103	365 736	286 142
15 à 24 ans	170 418	271 776	271 058	460 801	441 476	732 577
25 à 34 ans	183 375	391 948	288 619	894 966	471 994	1 286 914
35 à 44 ans	290 109	415 380	408 192	602 331	698 301	1 017 711
45 à 54 ans	390 208	417 408	614 401	572 933	1 004 609	990 341
55 à 64 ans	418 587	392 360	707 296	553 660	1 125 883	946 020
65 à 74 ans	394 430	359 091	840 851	709 322	1 235 281	1 068 413
75 à 84 ans	255 243	289 869	749 658	887 555	1 004 901	1 177 424
85 ans et plus	35 651	61 304	190 132	394 557	225 783	455 861
<b>Ensemble</b>	<b>2 508 899</b>	<b>2 840 343</b>	<b>4 582 999</b>	<b>5 483 830</b>	<b>7 091 898</b>	<b>8 324 173</b>

\* Nombre de séjours de résidents.

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques

graphique 2 ● taux d'hospitalisation\* dans les services de soins de courte durée MCO des établissements de santé en 2004



\* Nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants.

(3) Non compris accouchement unique et spontané (code O80 de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> Révision).

(4) Non compris grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS 10<sup>e</sup> Révision).

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques

## ● Médecine, chirurgie, obstétrique : capacité, activité et clientèle *suite*

phique 2). Le deuxième pic concerne les femmes en âge de procréer, entre 15 et 45 ans. Enfin, c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement. Au total, environ un séjour en MCO sur trois concerne des personnes de 65 ans ou plus. D'autre part, les hommes ont plus fréquemment recours à l'hospitalisation en MCO que les femmes de 45 à 74 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 2004, le nombre de patients hospitalisés en France métropolitaine en médecine, chirurgie et obstétrique a ainsi été évalué à près de 10 millions, tous modes d'hospitalisations confondus : 5,5 millions de femmes et 4,4 millions d'hommes. Un patient est hospitalisé en moyenne 1,5 fois au cours de l'année. Si la majorité des patients ne sont hospitalisés qu'une seule fois (74 %), 16 % des patients ont été hospitalisés 2 fois, et 10 %, 3 fois ou plus.

Les recours multiples à l'hôpital ne concernent pas toutes les classes d'âge de manière uniforme. Ainsi, de 0 à 20 ans, la part

des hospitalisations multiples est relativement stable, aux alentours de 15 % (voir graphique 3). Les moins de 1 an sont les moins concernés avec 14 % de personnes hospitalisées plus d'une fois, et les plus de 80 ans sont les plus sujets aux hospitalisations multiples, avec 38 % de personnes dans ce cas.

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

La prise en charge médicale des gastro-entérites et affections du tube digestif constitue un exemple intéressant de la différenciation du recours aux hôpitaux publics et aux cliniques selon l'âge. Pour cette pathologie, plus de neuf nourrissons et enfants en bas âge sur dix sont pris en charge par les hôpitaux publics (voir graphique 4). La part de ces établissements diminue progressivement ensuite et stagne autour de 50 % pour les patients de 55 à 84 ans. Passé cet âge, les personnes âgées sont à nouveau traitées principalement par les hôpitaux publics.

Cette répartition, caractéristique de la spécialisation des établissements par type de clientèle, se confirme lorsque l'on analyse l'ensemble des recours à l'hôpital par groupe d'âge : les deux périodes extrêmes de la vie sont surtout prises en charge, en soins aigus, par le secteur public. ■

### ■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités d'hospitalisation, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2004, en France métropolitaine (hors séances). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (moins de 0,5 %).

### ■ Définitions

– **L'hospitalisation complète** se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à 24 heures. Elle comprend également dans les données présentées les unités fermées le week-end (hospitalisation dite de semaine).

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

– **Les capacités d'accueil** des éta-

blissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète, et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit de lits et places installés au 31 décembre 2004, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés.

– Chaque séjour, enregistré dans le PMSI (voir sources), donne lieu à un recueil d'informations qui permet de le classer dans un **groupe homogène de malades (GHM)**. Ce dernier rassemble des séjours relativement proches, à la fois en termes de pathologies ou d'actes thérapeutiques, et de consommation de ressources. Les quelques 600 modalités de GHM sont elles-mêmes regroupées en 27 catégories majeures de diagnostic (CMD)

qui permettent de décrire très grossièrement l'activité des hôpitaux selon les grands groupes de pathologies.

– **Le classement des séjours** en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de la discipline médico-tarifaire effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de maladies du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affectation se fera en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ».

– **Durée moyenne de séjour** : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre d'entrées observées pour l'hospitalisation de plus de 24 heures.

– **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de

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

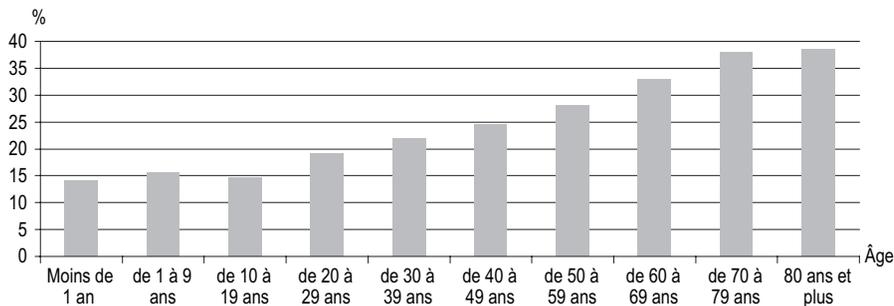
### ■ Pour en savoir plus

– Carrasco V., Coldefy M., Deroin C., Lombardo P., Thomson E., 2005, « L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 456, décembre, DREES.

### ■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances...) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

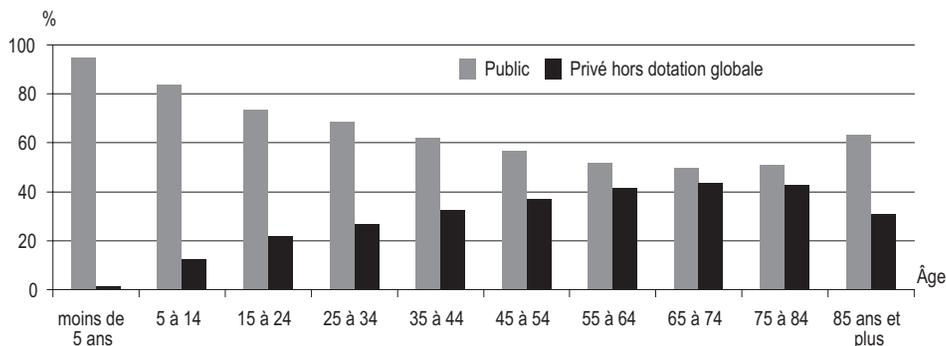
graphique 3 ● **part des personnes hospitalisées plus d'une fois en 2004, par classe d'âge**



Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques

graphique 4 ● **part des gastro-entérites et affections du tube digestif dans les secteurs public et privé hors dotation globale selon l'âge des patients en 2004**



Note de lecture : les gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge dans 95 % des cas par le secteur public et dans 1 % des cas par le secteur privé hors dotation globale.

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques

## ● La spécialisation en médecine

*La spécialisation des établissements de santé en fonction de leur statut juridique et de leur type de financement, a eu tendance à se poursuivre au cours des dernières années. L'activité de médecine est ainsi prédominante dans les établissements publics, où elle représente 70 % des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), contre 63 % dans les établissements privés sous dotation globale et 40 % dans les cliniques privées. Ces dernières privilégient les séjours médicaux inférieurs à deux jours, notamment pour la pratique des endoscopies sous anesthésie, actes médicaux les plus fréquents dans ces établissements.*

### En 2004, les deux tiers des séjours étaient réalisés par le secteur public, dans le cadre d'activités médicales diversifiées

La part du secteur public dans l'activité de médecine (67 %) est prépondérante pour quasiment tous les groupes d'activités, et est supérieure à 75 % pour la moitié d'entre eux (voir graphique). Parmi les groupes d'activités les plus fréquents figure le traitement des affections neurologiques (87 %) et pulmonaires (82 %). Le rôle du secteur public est presque exclusif pour certaines prises en charge aussi diverses que l'infection à VIH, les pathologies psychiatriques ou addictives traitées hors des services de psychiatrie et la prise en charge médicale des brûlures. *A contrario*, les hôpitaux publics réalisent seulement 40 % de la pose d'endoprothèses vasculaires (c'est-à-dire les stents placés dans les coronaires et les autres vaisseaux).

### Les cliniques privées privilégient les séjours médicaux inférieurs à deux jours, notamment pour les endoscopies

L'endoscopie sous anesthésie avec des séjours inférieurs à deux jours est l'acte médical le plus fréquemment réalisé par les cliniques privées. Ainsi, 80 % d'entre elles sont réalisées dans ce secteur, contre 16 % dans le secteur public et 4 % dans le secteur privé sous dotation globale (voir tableau). Elles représentent près de la moitié de l'ensemble des activités médicales dans les cliniques privées, proportion en forte augmentation depuis 2002. Ceci explique en partie la prédominance des séjours à temps partiel dans ces établissements : 57 % de leur activité médicale a

lieu en ambulatoire (hospitalisation de moins de un jour) contre plus de 1/3 pour les deux autres secteurs.

Si le traitement des affections cardiaques se fait seulement dans 25 % des cas dans les cliniques privées (contre 69 % dans le secteur public), elles réalisent toutefois 48 % des cathétérismes sans mise en place de stents artériels.

30 % des traitements médicaux des affections ORL et stomatologiques sont pris en charge dans les cliniques privées.

Les affections de l'appareil digestif, et particulièrement les gastro-entérites, représentent également une part assez importante de l'activité médicale des cliniques privées (8 %). Toutefois ces affections sont plus fréquemment prises en charge dans le secteur public (70 %). La part respective des différents secteurs varie avec l'âge des patients, le secteur public accueillant surtout des jeunes enfants et les personnes les plus âgées (voir la fiche « Médecine, chirurgie, obstétrique : capacité, activité et clientèle » p. 28).

### L'activité des établissements privés sous dotation globale se concentre sur le traitement du cancer

Seule 6,6 % de l'activité médicale relève du secteur privé sous dotation globale, qui comprend notamment les 20 centres de lutte contre le cancer. L'activité des établissements privés sous dotation globale se concentre sur les greffes de moelle dont ils assurent 22 % des prises en charge ainsi que sur les pathologies hématologiques (15 %) et les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète (22 %). Les cliniques privées se sont, pour leur part, plutôt spécialisées dans les chimiothérapies ambulatoires (moins de un jour) dont elles réalisent près de la moitié. ■

#### ■ Champ

Établissements de santé en France métropolitaine.

#### ■ Définitions

– **Groupes d'activité** : les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent de définir plusieurs centaines de groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chacun des patients.

Pour analyser l'activité des établissements, un regroupement des GHM par catégorie est souvent nécessaire. La classification des groupes d'activités utilisée ici, l'Outil d'Analyse PMSI ou OAP, a été réalisé par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie...) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM). Il est important de noter que la nomenclature

OAP utilisée en 2004 est différente de celle utilisée en 2002. Des changements sont notamment intervenus en matière de répartition des GHM en médecine ou en chirurgie. C'est par exemple le cas des affections de la bouche et des dents avec extraction (appartenant au produit « cavité buccale et dents ») qui sont passées de la médecine à la chirurgie.

– **Les différents statuts juridiques** des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

#### ■ Pour en savoir plus

– Audric S., Buisson G. et Haury B., 2005, « La spécialisation des établissements de santé en 2002 », *Études et Résultats*, n° 374, février, DREES.

#### ■ Sources

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

**tableau ● part de prise en charge des activités médicales par statut d'établissement et type de financement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2004, en %**

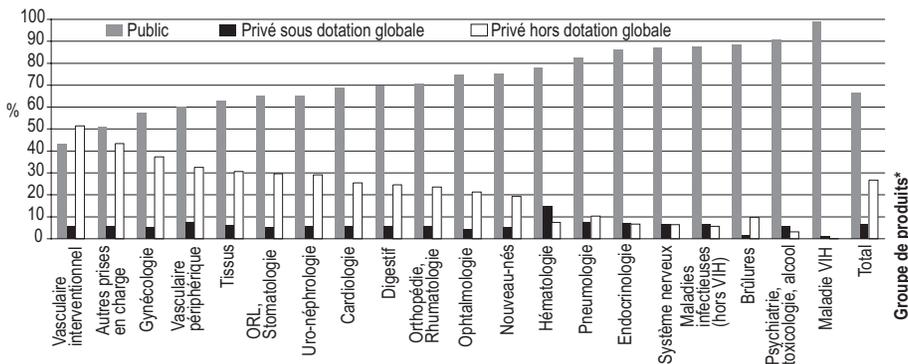
	Établissements publics	Établissements privés sous dotation globale	Établissements privés hors dotation globale
<b>Ensemble activité médicale</b>	<b>66,7</b>	<b>6,6</b>	<b>26,7</b>
<b>Appareil digestif, dont :</b>	<b>69,7</b>	<b>5,8</b>	<b>24,5</b>
Affections du tube digestif, hépto-biliaires avec complications majeures	84,2	7,1	8,7
Hépatites, alcool et cirrhoses	85,0	4,9	10,1
Affections du pancréas (non malignes)	78,0	5,2	16,8
Gastroentérites et affections du tube digestif	66,8	5,3	27,9
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	72,2	6,7	21,1
<b>ORL, stomatologie, dont :</b>	<b>65,2</b>	<b>5,2</b>	<b>29,6</b>
Cavité buccale et dents	75,1	4,1	20,7
Infections ORL	74,0	3,9	22,1
Troubles de l'équilibre	82,7	4,3	13,0
Tumeurs malignes	68,9	10,2	21,0
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	54,0	5,1	40,9
<b>Cardiologie, dont :</b>	<b>68,7</b>	<b>5,9</b>	<b>25,4</b>
Cardiopathies, valvulopathies	77,3	6,4	16,3
Coronaropathies	80,6	5,3	14,1
Endocardites	87,0	4,0	9,0
Cathétérismes artériels cardiaques (hors stents)	47,4	4,6	48,1
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	71,1	7,3	21,6
<b>Affections pulmonaires, dont :</b>	<b>82,3</b>	<b>7,4</b>	<b>10,3</b>
Bronchite et asthme	85,3	6,3	8,5
Infections respiratoires	84,8	6,7	8,5
Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	80,2	7,7	12,2
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	85,0	8,0	7,0
<b>Autres prises en charge, dont :</b>	<b>50,8</b>	<b>5,8</b>	<b>43,3</b>
Séjours inférieurs à deux jours*	86,7	7,0	6,3
Signes et symptômes	73,2	7,1	19,7
Intoxications médicamenteuses	90,2	3,8	6,0
Suivi thérapeutique	77,8	6,7	15,5
Endoscopies sous anesthésie avec séjours inférieurs à deux jours*	15,6	4,4	80,0

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

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques

**graphique ● part de l'activité médicale par type d'établissements et par groupe de produits en 2004**



Note de lecture : l'activité médicale en vasculaire périphérique est prise en charge dans 43% des cas par le secteur public, dans 51% des cas par le secteur privé hors dotation globale et dans 6% des cas par le secteur privé sous dotation globale.

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

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques

## ● La spécialisation en obstétrique

En 2004, en France métropolitaine, 608 établissements avaient une activité d'obstétrique. Ils ont pris en charge 761 000 accouchements. Près des deux tiers des accouchements se déroulent dans les hôpitaux publics qui prennent en charge une part élevée d'affections ante et post partum.

### Prédominants en obstétrique, les établissements publics développent les prises en charge inférieures à deux jours

Les hôpitaux publics réalisent 65 % de l'activité d'obstétrique et des accouchements avec complications (voir tableau).

Ils ont, par ailleurs, beaucoup plus développé les prises en charge inférieures à deux jours dans le domaine obstétrical que les établissements privés, en réalisant 72 % de l'ensemble de cette activité, ce qui représente 35 % de leur activité totale en obstétrique, comptée en nombre de séjours.

Plus de 70 % des affections *ante partum*, parmi lesquelles on trouve principalement des complications de la grossesse, sont traitées dans ces établissements. Les affections *post partum* sont prises en charge à hauteur de 70 % par les établissements publics. Les interruptions de grossesse sont réalisées dans 68 % des cas dans le secteur public et représentent près de 22 % de l'activité obstétricale de ce secteur. Ces interventions donnent en général lieu à des hospitalisations inférieures à deux jours.

En 2004, on comptabilise en France métropolitaine 59 maternités de niveau 3 dont le rôle est de traiter les situations les plus complexes pour la mère et/ou l'enfant; 207 maternités dites de niveau 2 qui disposent d'un service de néonatalogie, et 342 maternités classées en niveau 1 destinées à prendre en charge les grossesses à moindres risques (voir la fiche « La naissance » p. 52). Les maternités de niveau 2 et 3 sont presque exclusive-

ment des maternités publiques ou financées par dotation globale (respectivement 79 % et 100 % en 2004) alors que près de la moitié des maternités de niveau 1 sont privées, financées hors dotation globale. Les maternités publiques ou financées par la dotation globale prennent donc en charge les grossesses les plus à risque.

### La part des cliniques privées atteint 30 % de l'activité en obstétrique

La proportion d'accouchements réalisés dans le secteur privé hors dotation globale se réduit légèrement. Elle s'établit en 2004 à 33 %. Ce secteur réalise 34 % des césariennes et des accouchements par voie basse sans complications.

Les cliniques prennent également en charge 28 % des interruptions de grossesse, ce qui représente 20 % de leur activité obstétricale.

### Les établissements privés sous dotation globale ont une part très faible dans le domaine obstétrical

Ces établissements ne réalisent, en effet, que 5 % de l'ensemble des activités d'obstétrique. Leur activité se concentre sur le suivi des affections *post partum* dont ils assurent près de 8 %, avec une tendance à l'augmentation depuis 1998 (+4 points), ainsi que sur la prise en charge des accouchements avec complications (6,1 %). ■

#### ■ Champ

Établissements en France métropolitaine disposant d'une autorisation d'obstétrique.

#### ■ Définitions

– *Les différents statuts juridiques* des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

– *Les différents niveaux de maternité* sont explicités dans la fiche « La naissance ».

#### ■ Pour en savoir plus

– Buisson G., 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 – un

mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *Études et Résultats*, n° 225, mars, DREES.

– Baubeau D., Morais S. et Ruffié A., 1999, « Les maternités de 1975 à 1996 - un processus de restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, n° 21, juillet, DREES.

#### ■ Sources

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

tableau ● **part de prise en charge des activités obstétricales par statut d'établissement et type de financement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2004, en %**

	Établissements publics	Établissements privés sous dotation globale	Établissements privés hors dotation globale
<b>Ensemble activité obstétricale</b>	<b>65,3</b>	<b>5,2</b>	<b>29,5</b>
<b>Accouchements :</b>	<b>61,4</b>	<b>5,9</b>	<b>32,7</b>
sans complications	60,1	5,9	34,1
avec complications (1)	64,5	6,1	29,3
<b>Affections ante-partum, dont :</b>	<b>72,2</b>	<b>4,6</b>	<b>23,2</b>
séjours inférieurs à deux jours*	82,2	3,5	14,3
<b>Affections post-partum</b>	<b>69,8</b>	<b>7,7</b>	<b>22,5</b>
<b>Interruptions de grossesse, dont :</b>	<b>68,0</b>	<b>3,9</b>	<b>28,1</b>
séjours inférieurs à deux jours*	68,1	3,9	28,0
<b>Autres séjours inférieurs à deux jours*</b>	<b>76,2</b>	<b>3,8</b>	<b>20,0</b>

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

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

Champ : France métropolitaine.

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques

## ● La spécialisation en chirurgie

*Les cliniques privées réalisent près des deux tiers de l'activité chirurgicale et les trois quarts de celle réalisée en ambulatoire (séjour de moins de un jour). Les établissements publics, pour leur part, réalisent de façon prédominante les activités chirurgicales les plus complexes. Les établissements privés sous dotation globale concentrent leur activité sur la chirurgie du cancer.*

### Les hôpitaux publics réalisent le tiers de l'activité chirurgicale mais pour des actes en général plus complexes

Bien qu'ils ne totalisent que 33 % de l'activité de chirurgie, les établissements de santé publics ont la quasi exclusivité de certains groupes d'activités (voir graphique 1) comme la chirurgie des traumatismes graves et multiples (97 %), des brûlures, telles que les greffes de peau (90 %). Les autres types d'intervention qui sont majoritairement pratiqués dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, avec essentiellement des craniotomies (89 %) et des traumatismes crâniens (94 %), ainsi que de la chirurgie cardiaque (chirurgies valvulaires, pontages aorto-coronariens) (voir tableau).

La chirurgie orthopédique n'est prise en charge qu'à 38 % dans le secteur public.

Par ailleurs un peu plus d'une intervention d'ophtalmologie sur cinq est réalisée dans les établissements publics, mais il s'agit d'interventions souvent lourdes sur l'orbite (72 %), sur la rétine (52 %) ou intraoculaires (58 %).

Les interventions sur l'appareil digestif sont plus hétérogènes en termes de complexité, allant de la chirurgie de l'intestin grêle ou du côlon à des appendicectomies ou des hernies.

Entre 1998 et 2004, les établissements publics ont renforcé leur activité dans le traitement chirurgical des brûlés et des traumatisés multiples. De plus, leur part dans la neurochirurgie augmente de nouveau entre 2002 et 2004, après la baisse constatée entre 1998 et 2002. Cependant, les interventions sur le rachis ou la moelle épinière, souvent de moindre complexité, ne sont prises en charge par les établissements publics que dans 20 % des cas.

### Six interventions chirurgicales sur dix et trois interventions chirurgicales en ambulatoire sur quatre (moins de un jour) sont réalisées dans les cliniques privées

Les établissements privés hors dotation globale se sont spécialisés dans des interventions chirurgicales peu complexes qui permettent une prise en charge ambulatoire (moins de un jour) (voir graphique 2). Ils réalisent ainsi plus de 80 % de la chirurgie de la cataracte, 78 % des arthroscopies, 81 % de la chirurgie des varices, 77 % des opérations des amygdales, végétations et poses de drains transtympaniques ainsi que 70 % de la chirurgie de la main et du poignet (libération du canal carpien en particulier), activités qui représentent au total 1/3 de l'activité chirurgicale de ces établissements.

La majorité des interventions chirurgicales en ambulatoire est réalisée dans ce secteur, qui assure les 3/4 des séjours chirurgicaux de moins de 24 heures.

### L'activité des établissements privés sous dotation globale se concentre sur la chirurgie carcinologique

En 2004, les établissements privés sous dotation globale assurent 5 % du total de l'activité chirurgicale, proportion en légère baisse par rapport à 2002. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer.

Comme pour la médecine (voir la fiche « La spécialisation en médecine » p. 34), l'activité des établissements privés sous dotation globale se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses, en particulier pour la chirurgie des tumeurs d'origine hématologique (15 %). La chirurgie gynécologique, et particulièrement les tumeurs et affections du sein, est réalisée à hauteur de 10 % par ces établissements.

La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale a augmenté de 8 points depuis 1998 pour atteindre 26 % en 2004. ■

#### ■ Champ

Établissements de santé en France métropolitaine.

#### ■ Définitions

– **Groupes d'activités** : les informations médicalisées sur les séjours hospitaliers regroupées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettent de définir plusieurs centaines de groupes homogènes de malades (GHM) à partir des résumés de sortie standardisés de chacun des patients. Pour analyser l'activité des établisse-

ments, un regroupement des GHM par catégorie est souvent nécessaire. La classification des groupes d'activités utilisée ici, l'Outil d'Analyse PMSI ou OAP, a été réalisé par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Cette classification regroupe les GHM par discipline médico-chirurgicale (par exemple ophtalmologie, cardiologie...) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM). Il est important de noter que la nomenclature OAP utilisée en 2004 est différente de celle utilisée

en 2002. Des changements sont notamment intervenus en matière de répartition des GHM en médecine ou en chirurgie. C'est par exemple le cas des affections de la bouche et des dents avec extraction (appartenant au produit « cavité buccale et dents ») qui sont passées de la médecine à la chirurgie.

– **Les différents statuts juridiques** des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

#### ■ Pour en savoir plus

– Audric S., Buisson G. et Haury B., 2005, « La spécialisation des établissements de santé en 2002 », *Études et Résultats*, n° 374, février, DREES.

#### ■ Sources

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

tableau ● **part de prise en charge des activités chirurgicales par statut d'établissement et type de financement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2004, en %**

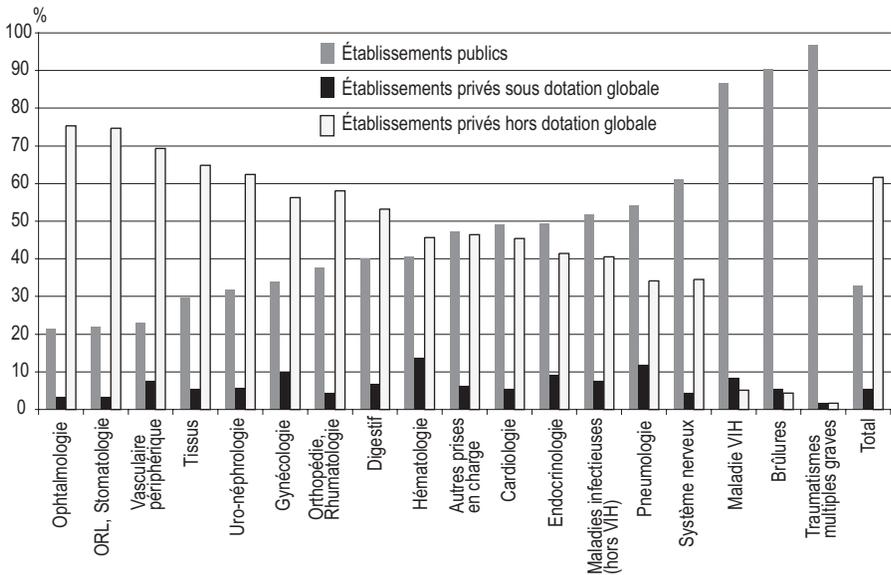
	Établissements publics	Établissements privés sous dotation globale	Établissements privés hors dotation globale
<b>Ensemble activité chirurgicale</b>	<b>33,0</b>	<b>5,4</b>	<b>61,6</b>
<b>Appareil digestif, dont :</b>	<b>40,0</b>	<b>6,8</b>	<b>53,2</b>
Hernies	34,2	6,9	58,9
Appendicectomies	44,7	4,1	51,2
Cholécystectomies et chirurgies biliaires	39,9	6,3	53,8
Autres chirurgies foie, pancréas, voies biliaires	63,9	10,0	26,1
Chirurgies grêle/côlon	49,3	7,6	43,2
Chirurgies rate	79,7	4,6	15,7
Chirurgies rectum/anus	25,6	8,6	65,8
<b>ORL, Stomatologie, dont :</b>	<b>22,0</b>	<b>3,3</b>	<b>74,7</b>
Amygdalectomies, végétations et drains trans-tympaniques	19,0	4,2	76,8
Chirurgies ORL majeures	60,0	12,8	27,2
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	15,6	2,4	82,0
<b>Cardiologie, dont :</b>	<b>49,1</b>	<b>5,6</b>	<b>45,4</b>
Chirurgies valvulaires	58,7	7,8	33,5
Autres chirurgies cardiaques	56,8	11,7	31,5
Pontage coronaire	54,7	7,6	37,7
<b>Ophthalmologie</b>	<b>21,3</b>	<b>3,4</b>	<b>75,3</b>
Cataractes	16,4	3,1	80,5
Chirurgies ophtalmiques lourdes	56,0	4,3	39,7
Autres chirurgies ophtalmiques	53,4	6,0	40,7
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	26,9	4,1	69,0
<b>Orthopédie, rhumatologie, dont :</b>	<b>37,6</b>	<b>4,3</b>	<b>58,1</b>
Ablations matériel	53,1	3,9	43,0
Amputations	59,0	7,3	33,7
Arthroscopies	17,7	4,2	78,1
Chirurgies main, poignet	27,0	3,5	69,6
Chirurgies majeures orthopédiques (hanche, fémur et genou)	38,5	5,2	56,2
Chirurgies autres membres	43,1	4,4	52,6
<b>Système nerveux, dont :</b>	<b>60,9</b>	<b>4,5</b>	<b>34,6</b>
Craniotomies	88,8	3,1	8,2
<b>Pneumologie, dont :</b>	<b>54,1</b>	<b>11,8</b>	<b>34,1</b>
Traumatismes thoraciques	89,9	3,3	6,8
<b>Vasculaire périphérique, dont :</b>	<b>23,1</b>	<b>7,6</b>	<b>69,3</b>
Ligatures veines	14,4	5,0	80,5

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

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques

**graphique 1 ● part de l'activité chirurgicale par type d'établissements et par groupe de produits en 2004, en %**

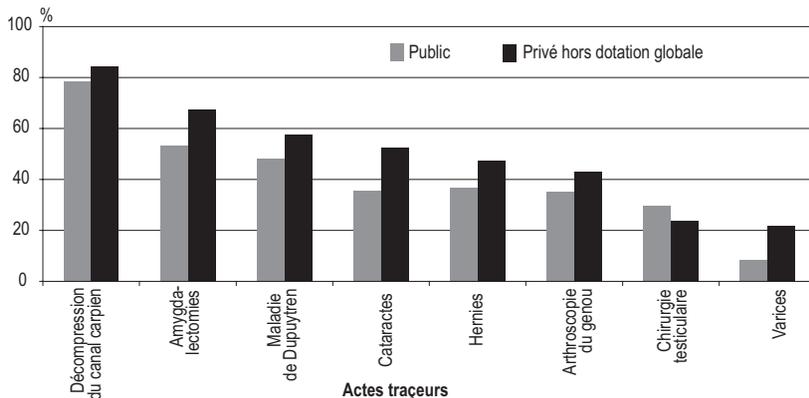


Note de lecture : l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge dans 21 % des cas par le secteur public, dans 75 % des cas par le secteur privé hors dotation globale et dans 3 % des cas par le secteur privé sous dotation globale.

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques

**graphique 2 ● part de l'activité ambulatoire par acte traceur en chirurgie dans les secteurs public et privé hors dotation globale en 2004**



Note de lecture : 68 % des opérations des amygdales s'effectuent en ambulatoire dans le secteur privé hors dotation globale, contre 53 % dans le secteur public.

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004, données statistiques

# 4

## **Les plateaux techniques**

- Les équipements chirurgicaux
  - L'activité d'anesthésie
- L'équipement en imagerie des établissements de santé sous dotation globale

## ● Les équipements chirurgicaux

*Les plateaux techniques de chirurgie constituent un des lieux de technicité des établissements de santé. Le type d'activité chirurgicale, plus ou moins complexe, et plus ou moins programmable selon les établissements, influe sur l'organisation de ces plateaux. En découle une diversité d'équipements et des moyens en personnel affectés à cette activité. Si les cliniques réalisent les deux tiers de l'activité chirurgicale, les opérations les plus complexes (évaluées par le KC moyen) sont plus fréquemment réalisées dans les centres hospitaliers régionaux (CHR), de même que les interventions chirurgicales d'urgence. Le taux d'utilisation des salles d'intervention chirurgicale dont 45 % équipent le secteur public, est à cet égard nettement plus important dans les cliniques privées, ce qui reflète également le caractère plus programmable et moins complexe de l'activité chirurgicale qui y est réalisée.*

### Des interventions moins nombreuses, mais plus complexes, dans les centres hospitaliers régionaux

Plus de 6 millions d'interventions chirurgicales sous anesthésie ont été réalisées en 2003 dans l'ensemble des établissements de santé, dont les 2/3 dans les cliniques (voir tableau 1). Les centres hospitaliers régionaux qui n'en ont effectué que 11 % pratiquent par contre des interventions plus complexes, comme l'indique le nombre moyen d'actes rémunérés par intervention (de type KC, voir définition) qui y est beaucoup plus élevé que dans les autres établissements (120 pour une moyenne nationale de 95). Une analyse plus fine de la nature des interventions réalisées dans les établissements publics précise ce résultat : greffes, neurochirurgie, chirurgie cardiaque lourde... (voir fiche « La spécialisation en chirurgie » p. 38). Les établissements publics assurent également 70 % des interventions chirurgicales réalisées la nuit, en urgence.

### Un taux d'utilisation des blocs plus élevé dans les cliniques privées

La nécessaire disponibilité de blocs pour réaliser des interventions en urgence dans les établissements publics, ainsi que la durée d'intervention en moyenne plus longue des interventions

pratiquées dans les CHR, expliquent pour partie que le taux d'utilisation des salles d'intervention chirurgicale varie sensiblement selon les secteurs : le nombre annuel d'interventions par salle est en moyenne de 1 253 dans les cliniques privées et de 743 dans les CHR (voir graphique 1).

### Un personnel infirmier plus nombreux et plus qualifié dans les établissements sous dotation globale

Les plateaux techniques de chirurgie mobilisent des personnels qualifiés. En 2003, 1 914 personnels d'encadrement, 6 952 infirmières de bloc opératoire (IBODE) et 14 780 infirmières non spécialisées étaient affectées au fonctionnement des blocs opératoires (voir tableau 2). La structure des personnels des blocs opératoires par qualification diffère également selon les secteurs. Les personnels qui y sont affectés sont globalement plus qualifiés dans le secteur sous dotation globale : 73 % des IBODE y exercent et on y compte un ratio de 1,6 infirmières diplômées d'État (non spécialisées) pour une IBODE, contre 3,5 dans les cliniques privées. De façon globale les ratios de personnel infirmier rapportés au nombre d'interventions ou de salles sont plus élevés dans le secteur sous dotation globale, et en particulier dans les CHR (voir graphique 2). ■

#### ■ Champ

France métropolitaine. Pour le calcul du taux d'utilisation des salles d'intervention chirurgicale, les établissements pratiquant des interventions de chirurgie cardiaque ou de neurochirurgie ont été exclus afin de rendre les comparaisons homogènes (ces interventions étant particulièrement longues).

#### ■ Définitions

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

– **Séjours chirurgicaux** : sont ici classés comme tels les séjours identifiés dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (voir chapitre 7 : « Les grandes sources de données sur les établissements de santé ») par un acte classant de chirurgie.

– **KC** : lettre clé de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Le KC permettait jusqu'en 2005 de tarifier les actes chirurgicaux et constituait ainsi un indicateur grossier de la « complexité » des actes et donc également de leur durée.

– **Personnel d'encadrement** : il s'agit des surveillants, surveillants chefs infirmiers et des cadres infirmiers.

– **Infirmiers du bloc opératoire diplômés d'état (IBODE)** : il s'agit d'infirmiers ayant acquis une formation complémentaire après leur diplôme d'état pour assister les chirurgiens.

#### ■ Pour en savoir plus

– Audric S., Buisson G., 2005, « La spécialisation des établissements de santé en 2002 », *Études et Résultats*, n° 374, février, DREES.

– Baubeau D., Thomson E., 2002, « Les plateaux techniques liés aux interventions sous anesthésie entre 1992 et 2000 », *Études et Résultats*, n° 189, septembre, DREES.

#### ■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances...) et facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la DHOS fournit une description « médico-économique » de l'activité de court séjour des établissements de santé depuis 1997 pour chacun des séjours réalisés.

tableau 1 ● principales données concernant les plateaux techniques de chirurgie en 2003

	Établissements publics		Établissements privés		Total
	CHR	Autres	Sous dotation globale	Hors dotation globale	
Nombre d'établissements géographiques ayant une activité chirurgicale	96	385	106	628	1215
Nombre de salles d'intervention chirurgicale	1620	2124	565	3944	8253
Nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire	72	56	54	61	61
Séjours chirurgicaux en 2003 hors césariennes (source PMSI)	695541	946439	271984	3056138	4970102
Nombre d'interventions chirurgicales avec anesthésie	702100	1117369	361501	4017124	6198094
Nombre moyen de KC par intervention en 2003	120	83	95	94	95
Interventions chirurgicales réalisées la nuit	47260	48611	5190	34718	135779
Nombre d'établissements géographiques ayant déclaré une activité chirurgicale de nuit	42	204	42	277	565

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2003, données statistiques

tableau 2 ● personnel infirmier du bloc opératoire

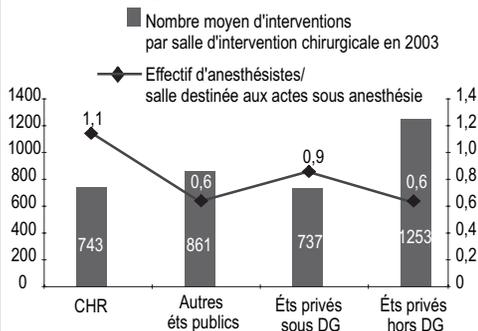
	Établissements publics		Établissements privés		Total
	CHR	Autres	Sous dotation globale	Hors dotation globale	
Effectifs Encadrement	515	504	163	732	1914
Effectifs IBODE(1)	2060	2442	586	1864	6952
Effectifs IDE non spécialisés (2)	3665	3577	951	6587	14780
<b>Total effectifs infirmiers</b>	<b>6240</b>	<b>6523</b>	<b>1700</b>	<b>9183</b>	<b>23646</b>
ETP Encadrement	480	464	154	687	1785
ETP IBODE	1883	2269	534	1643	6329
ETP IDE non spécialisés	3443	3311	828	5770	13353
<b>Total ETP infirmiers</b>	<b>5806</b>	<b>6045</b>	<b>1516</b>	<b>8101</b>	<b>21468</b>

(1) IBODE : Infirmiers du bloc opératoire diplômés d'État. (2) IDE : Infirmiers diplômés d'État.

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2003, données statistiques

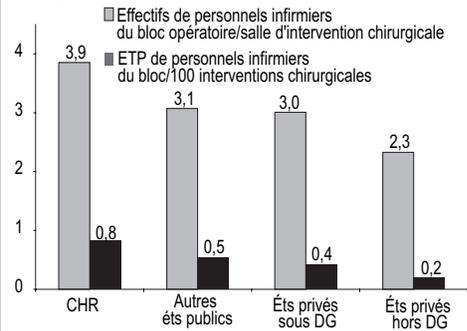
graphique 1 ● taux d'utilisation des salles d'opération et nombre d'anesthésistes par salle selon les catégories d'établissements



Champ : France métropolitaine, hors établissements pratiquant la chirurgie cardiaque ou de la neurochirurgie

Sources : DREES, SAE 2003, données statistiques

graphique 2 ● densité de personnel infirmier par salle et par intervention selon les catégories d'établissements



Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2003, données statistiques

## ● L'activité d'anesthésie

*L'organisation de l'anesthésie dans les établissements de santé est dépendante des types d'activités qu'ils ont développés. La tendance est au regroupement des sites anesthésiques pour faciliter la surveillance des patients et les consultations pré-anesthésiques, destinées à améliorer la sécurité des interventions, se développent.*

### 3 200 sites anesthésiques réunissant des activités diversifiées

L'activité anesthésique ne concerne pas seulement les interventions chirurgicales : on compte ainsi 3 salles d'anesthésie pour 2 salles de chirurgie dans le secteur sous dotation globale et 2,5 pour 2 salles dans les cliniques privées. Environ 11 300 salles, où sont pratiquées, outre les interventions chirurgicales, des explorations sous anesthésie (endoscopies, radiologie interventionnelle...) sont regroupées dans près de 3 200 sites anesthésiques pour faciliter la gestion des moyens destinés à la surveillance post-interventionnelle (voir tableau 1). En 2003, on compte donc en moyenne 3,6 salles destinées aux actes sous anesthésie par site, le nombre de salles de surveillance post-interventionnelle s'élevant à 1 931 pour 11 202 postes de réveil. 38 % des sites et 42 % des salles se situent dans des cliniques privées.

### Davantage de personnel spécialisé par salle dans les CHR

8 380 emplois de médecins anesthésistes-réanimateurs sont consacrés, dans les établissements, pour tout ou partie de leur temps à la pratique des anesthésies (voir tableau 2). Plus de la moitié de ces emplois concernent les CHR, où ne sont pourtant installées que 20 % des salles. La nécessité d'organiser dans ces

établissements des permanences afin de pouvoir pratiquer des interventions en urgence qui peuvent s'avérer lourdes explique sans doute pour partie ce résultat.

Les médecins intervenant à temps partiel dans plusieurs structures à la fois sont comptabilisés plusieurs fois pour chaque établissement dans lequel ils interviennent. 7 681 infirmiers spécialisés (aides anesthésistes), pour un équivalent de 6 500 emplois à temps plein, les assistent. La plupart (87 %) exercent dans les établissements publics.

### Plus de 80 % des interventions sous anesthésie sont précédées d'une consultation

Plus de 4 millions de consultations pré-anesthésiques ont été réalisées en 2003. Ce chiffre est en légère augmentation (+1 %) par rapport à l'année précédente. Bien qu'obligatoires en principe depuis 1994, ces consultations restent en nombre inférieur à celui des interventions sous anesthésie du fait de la réalisation en urgence de certaines d'entre elles, ce qui ne permet pas toujours une consultation préalable. Le taux de consultations pré-anesthésiques, en progression par rapport à 2002, est d'ailleurs plus élevé (0,92) dans les cliniques privées où les interventions programmées sont plus fréquentes. ■

#### ■ Champ

France métropolitaine.

#### ■ Définitions

– **Consultation d'anesthésie ou pré-anesthésique** : le décret n° 94-1 050 du 5 décembre 1994 relatif à la pratique de l'anesthésie a rendu obligatoire une consultation pré-anesthésique avant toute anesthésie générale ou loco-régionale lors d'une intervention programmée.

– **Surveillance post-interventionnelle et postes de réveil** : ce même

décret a rendu obligatoire la surveillance continue après l'intervention qui se pratique dans les salles de surveillance post-interventionnelle, situées près des sites où sont réalisées les anesthésies. Une salle de surveillance post-interventionnelle comprend au minimum 4 postes de réveil.

– **Site anesthésique** : lieu géographique composé d'une ou plusieurs salles où des actes d'anesthésie sont réalisés (un bloc opératoire de 2 salles = un site)

– **Endoscopie** : l'endoscopie con-

siste à introduire une caméra (ou « endoscope ») dans un conduit ou une cavité de l'organisme.

– **Radiologie interventionnelle** :

elle permet de réaliser des actes diagnostiques ou thérapeutiques (ponction-biopsie, évacuation d'un hématome) lors d'examen d'imagerie qui permettent de guider les gestes du médecin

#### ■ Pour en savoir plus

– Baubeau D., Thomson E., 2002, « Les plateaux techniques liés aux

interventions sous anesthésie entre 1992 et 2000 », *Études et Résultats*, n° 189, septembre, DREES.

#### ■ Sources

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

tableau 1 ● principales données concernant l'anesthésie

	Établissements publics		Établissements privés		Total
	CHR	Autres	Sous dotation globale	Hors dotation globale	
Nombre de sites anesthésiques	622	1 095	232	1 213	3 162
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie	2 202	3 468	741	4 888	11 299
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie par site anesthésique	3,5	3,2	3,2	4,0	3,6
Salles de surveillance post-interventionnelle	381	528	163	859	1 931
Nombre de postes de réveil	2 123	2 731	741	5 607	11 202
Consultations d'anesthésie en 2003	644 197	999 784	289 462	2 097 439	4 030 882
Nombre de consultations anesthésiques/interventions réalisées sous anesthésie (1)	0,81	0,76	0,72	0,92	0,84

(1) Toutes les interventions réalisées sous anesthésie : chirurgie, endoscopie, radiologie interventionnelle...

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2003, données statistiques

tableau 2 ● personnel médical et paramédical spécialisé en anesthésie

	Établissements publics		Établissements privés		Total
	CHR	Autres	Sous dotation globale	Hors dotation globale	
Effectifs de médecins anesthésistes	2 518	2 195	634	3 033	8 380
Effectifs d'infirmiers aides anesthésistes (IADE)	3 237	3 443	589	412	7 681
ETP d'infirmiers aides anesthésistes (IADE)	2 521	3 191	502	285	6 500

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2003, données statistiques

## ● L'équipement en imagerie des établissements de santé sous dotation globale

*Les appareils d'imagerie sont une composante importante des plateaux techniques hospitaliers. Les progrès techniques et le coût des nouveaux appareils plus performants sont à l'origine d'une concentration et d'un partage des équipements. Les délais d'attente moyens pour accéder à certains équipements lourds (scanners, IRM) sont encore importants, particulièrement pour les patients non hospitalisés et dans les centres hospitaliers régionaux (CHR).*

### Des matériels plus performants et plus concentrés

En 2003, 763 établissements de santé publics et privés sous dotation globale ont déclaré au moins une salle de radiologie conventionnelle, soit un total de 1906 salles en France métropolitaine. Parmi ces établissements, 416 sont en outre équipés de salles de radiologie numérisée, celles-ci sont au nombre de 1235 (voir tableau). La quantité de salles de radiologie conventionnelle, technologie maintenant ancienne, diminue régulièrement : après une réduction évaluée à 25 % entre 1994 et 2001, leur nombre est passé de 2915 en 2001 à 1906 en 2003, au profit des salles numérisées dont la part atteint 39 % en 2003. Elle était évaluée à 9 % en 1994. Il faut ajouter à ces salles numérisées 363 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies ainsi que 1367 échographes doppler dans les services d'imagerie. Au total, dans les 2433 salles de radiologie dont l'activité est fournie, un peu plus de 20 millions de radiologies ont été réalisées en 2003, soit une moyenne annuelle de 8397 examens par salle.

Le coût des nouveaux équipements plus performants a donc vraisemblablement incité les hôpitaux à concentrer leurs efforts et à optimiser l'équipement et l'utilisation des salles.

Certains équipements lourds en matière d'imagerie nécessitent une autorisation. 369 établissements ont déclaré disposer d'au moins un scanner, pour un nombre total de 429 appareils. 161 établissements déclarent au moins un appareil à résonance magnétique pour un total de 178. Enfin, 113 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré

de 267 gamma-caméras (voir définition). Toutefois, ce chiffre est sous-estimé en raison d'un certain nombre de non-réponses. Par ailleurs, d'autres hôpitaux peuvent avoir accès à ce matériel dans le cadre de conventions de co-utilisation, le partage des équipements lourds étant encouragé.

### Des délais d'attente encore importants pour certains équipements

En 2003, le délai d'attente évalué par les établissements pour un patient en consultation externe avant de bénéficier d'un examen de scanner est en moyenne de 16 jours, contre 5,5 jours en moyenne pour un patient hospitalisé. Ces délais, qui étaient comparables l'année précédente, sont toutefois variables selon les entités considérées : ils sont notamment plus longs dans les CHR (8 jours pour un patient hospitalisé), alors même que la durée moyenne d'ouverture par semaine y est plus longue (71 heures par semaine contre 49 pour l'ensemble des établissements sous dotation globale). On peut supposer que la plus grande complexité des pathologies traitées dans les CHR induit un besoin d'examen plus important et peut-être des examens de durée plus longue, mais aucune donnée disponible ne permet d'étayer cette hypothèse au niveau national.

Malgré des temps d'ouverture plus importants, les délais d'attente avant de bénéficier d'un examen d'IRM sont plus longs que pour les scanners : 36 jours en consultation externe et 12 pour les patients hospitalisés. Ils semblent cependant légèrement diminuer par rapport aux estimations de l'année précédente. ■

### ■ Champ

Seuls sont comptabilisés les équipements d'imagerie des établissements sous dotation globale en France métropolitaine. En effet, les cabinets de radiologie implantés au sein des cliniques privées sont le plus souvent des sociétés civiles de moyens ou professionnels, détenues par des praticiens libéraux, et constituent des entités distinctes des cliniques. Ils sont de ce fait considérés comme des cabinets libéraux et échappent donc au recensement de la SAE qui ne couvre que les établissements de santé.

### ■ Définitions

– **La radiologie** est une technique basée sur l'utilisation des rayons X.

– **Radiologie numérisée** : la radiologie numérisée constitue une améliora-

tion technique par rapport à la radiologie conventionnelle par l'aide d'un ordinateur pour la réalisation des films.

– **Radiologie vasculaire et coronarographie** : les examens des vaisseaux se déroulent dans des salles spécialisées permettant les injections intravasculaires nécessaires aux angiographies (visualisation des vaisseaux) en toute sécurité. Les coronarographies (visualisation des artères coronaires) qui nécessitent un équipement encore plus spécialisé peuvent être réalisées également dans les salles de radiologies vasculaires sous réserve d'un équipement spécifique.

– **Scanner ou tomodensitomètre** : il utilise également les rayons X mais permet de visualiser des tranches d'épaisseur variable.

– **Imagerie par résonance magné-**

**tique nucléaire (IRM)** : comme son nom l'indique, l'IRM utilise les propriétés électromagnétiques du corps humain. Elle met en évidence sous forme d'image les contrastes entre différents tissus tels que l'os, les muscles ou les tendons, par exemple.

– **Échographe doppler** : les échographes utilisent les ultrasons. Les échographes doppler permettent d'explorer le flux sanguin dans les vaisseaux. Seuls sont comptabilisés ici ceux qui sont situés dans les services d'imagerie.

– **Caméra à scintillation ou gamma-caméra** : elle est utilisée en médecine nucléaire pour la détection de certains radioéléments utilisés pour certains diagnostics (isotopes radioactifs de certains éléments naturels : iode, technétium, fluor...)

– **Tomographe à émission de positons (TEP) ou caméra à positons** : ces équipements sont basés sur le même principe que la gamma-caméra dont ils constituent l'évolution technologique et détectent des positons (ou positrons).

### ■ Sources

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

tableau ● équipement en imagerie des établissements sous dotation globale en 2003

Type d'équipement	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils ou de salles	Délais d'attente pour consultants externes (en jours)	Délais d'attente pour patients hospitalisés (en jours)	Nombre moyen d'heures d'ouverture par semaine
Scanner	369	429	16	5,5	49
IRM	161	178	36	12	51
Caméra à scintillation	113	267	5,4	2	47,5
Tomographe à émission/caméra à positons	22	24			
Échographe doppler	657	1 367			
Salles de radiologie conventionnelle	763	1 906			
Salles de radiologie numérisées	416	1 235			
Salles de radiologie vasculaire	204	363			
dont salles de coronarographie	108	140			

Champ : France métropolitaine, établissements de santé sous dotation globale

Sources : DREES, SAE 2003, données statistiques



# 5

## **Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière**

- La lutte contre les infections nosocomiales
  - La naissance
  - L'activité des services d'urgences
  - Les personnels des services d'urgences
- L'activité des services mobiles d'urgence et de réanimation
  - L'offre hospitalière en psychiatrie
  - La psychiatrie sectorisée

## ● La lutte contre les infections nosocomiales

*1 828 établissements de santé ont déclaré être dotés d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales en 2003. Parmi eux, 83 % se sont dotés d'un programme d'action spécifique et 62 % ont constitué une équipe opérationnelle d'hygiène*

La lutte contre les infections nosocomiales, c'est-à-dire celles contractées au sein des établissements de santé, mobilise des moyens spécifiques au sein des établissements de santé. Le code de la santé publique prévoit ainsi que tous les établissements de santé doivent constituer un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et remplir annuellement un bilan standardisé des activités de lutte contre ces infections. De même tous les établissements doivent disposer d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH).

Sur l'ensemble des 2 205 établissements ayant adressé un bilan en 2003, 1 828, soit 95 %, se déclarent dotés d'un CLIN. La majorité des établissements (83 %) déclare s'être dotée d'un programme d'action pour lutter contre les infections nosocomiales (voir tableau 1). Les établissements publics de court séjour

ont adopté un tel programme dans 93 % des cas, de même que la totalité des centres de lutte contre le cancer (CLCC), 96 % des établissements privés PSPH et 89 % des autres établissements privés. Ces programmes d'action ne sont toutefois pas encore aussi répandus dans les établissements de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation, ou dans les petites structures publiques (hôpitaux locaux).

Par ailleurs, 62 % des établissements déclarent avoir constitué une équipe opérationnelle d'hygiène (voir tableau 2). Les établissements publics, particulièrement les CHRU (84 %) et les centres hospitaliers pratiquant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (88 %) semblent les mieux pourvus en ce domaine, de même que les centres de lutte contre le cancer (81 % des établissements). ■

### ■ Champ

Tous les établissements de santé publics et privés sauf les établissements militaires et les services d'hospitalisation à domicile en France métropolitaine et dans les DOM. Tous ne renvoient pas encore le bilan d'activité de lutte contre les infections nosocomiales malgré une augmentation régulière des établissements répondants (+28 % entre 2000 et 2003). On estime cependant que l'information connue en 2003 couvre 4/5 de la capacité totale d'accueil des établissements de santé.

### ■ Définitions

– **CLIN**: le comité de lutte contre les infections nosocomiales coordonne, au sein de l'établissement concerné, l'action des professionnels en matière de prévention, de surveillance et de définition d'actions d'information et de formation des professionnels en matière d'hygiène hospitalière.

### ■ Pour en savoir plus

– Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales : analyse nationale 2001-2003, DGS/DHOS, cellule infections nosocomiales ([www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)) : bilan des CLIN).  
– Synthèse annuelle des bilans annuels d'activité de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, 2003, DGS/DHOS, cellule infections nosocomiales ([www.cclin-sudouest.com](http://www.cclin-sudouest.com)) : bilan des CLIN).

### ■ Sources

Synthèse annuelle des bilans annuels d'activité de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, 2003, DGS/DHOS, cellule infections nosocomiales.

**tableau 1 ● part des établissements ayant déclaré un programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales selon les catégories d'établissements**

Catégorie d'établissement	Établissements publics		Établissements privés PSPH (1)		Autres établissements privés		Total des établissements ayant un programme		Nombre total d'établissements ayant rempli un bilan d'activité
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	48	96	-	-	-	-	48	96	50
Établissement MCO (2) sous dotation globale	423	92	23	96	-	-	446	93	482
Établissement MCO hors dotation globale	-	-	-	-	551	89	551	89	618
Centre de lutte contre le cancer	-	-	19	100	-	-	19	100	19
Établissement de lutte contre les maladies mentales	63	88	30	77	89	93	182	88	207
Hôpital local	153	58	-	-	-	-	153	58	266
Établissement de soins de suite et de réadaptation	47	71	208	80	174	74	429	76	563
<b>Total</b>	<b>734</b>	<b>80</b>	<b>280</b>	<b>82</b>	<b>814</b>	<b>85</b>	<b>1 828</b>	<b>83</b>	<b>2 205</b>

(1) PSPH : participant au service public hospitalier.

(2) MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : bilan des CLIN 2003 - DGS/DHOS, cellule des infections nosocomiales

**tableau 2 ● part des établissements ayant déclaré une équipe opérationnelle d'hygiène selon les catégories d'établissements**

Catégorie d'établissement	Établissements publics		Établissements privés PSPH		Autres établissements privés		Total des établissements déclarant une EOH (1)		Nombre total d'établissements ayant rempli un bilan d'activité
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	42	84	-	-	-	-	42	84	50
Établissement MCO sous dotation globale	404	88	16	67	-	-	420	87	482
Établissement MCO hors dotation globale	-	-	-	-	394	64	394	64	618
Centre de lutte contre le cancer	-	-	16	81	-	-	16	81	19
Établissement de lutte contre les maladies mentales	57	79	21	54	56	58	134	65	207
Hôpital local	114	43	-	-	-	-	114	43	266
Établissement de soins de suite et de réadaptation	36	54	117	45	87	37	240	43	563
<b>Total</b>	<b>653</b>	<b>72</b>	<b>170</b>	<b>49</b>	<b>537</b>	<b>57</b>	<b>1 360</b>	<b>62</b>	<b>2 205</b>

(1) EOH : équipe opérationnelle d'hygiène.

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : bilan des CLIN 2003 - DGS/DHOS, cellule des infections nosocomiales

## ● La naissance

*La prise en charge de la naissance a donné lieu à un processus ancien et durable de restructuration et de concentration des maternités, dont le nombre diminue en même temps que la taille augmente. Sur les années récentes, les conditions de prise en charge évoluent (développement des analgésiques, stabilisation des déclenchements d'accouchements...), avec une amélioration de l'adéquation entre le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés ainsi que de l'équipement des maternités qui les accueillent.*

### Un mouvement régulier de concentration des maternités

Le nombre de maternités diminue régulièrement, passant ainsi en France métropolitaine de 815 sites géographiques en 1996 à 608 en 2004 (voir tableau 1). La fermeture de certains sites s'accompagne d'une concentration de l'activité, avec une augmentation des capacités d'accueil par site, un accroissement des taux d'occupation mais aussi d'une diminution des durées de séjour. Ainsi en 2002, plus d'1/4 des accouchements ont eu lieu dans une maternité ayant réalisé au moins 1500 accouchements dans l'année, contre 13% en 1996 (voir graphique 1). Dans le même temps, 6% des accouchements ont eu lieu dans une maternité réalisant moins de 300 accouchements, alors qu'elles en assuraient le double en 1996.

### Moins d'hospitalisations prénatales, davantage d'analgésiques

On observe par ailleurs une nette diminution du taux d'hospitalisation prénatale entre 1998 et 2003 : en effet, en 2003, 18,6% des femmes ont été hospitalisées avant leur date d'accouchement, contre 21,6% en 1998 (voir tableau 2). L'hospitalisation prénatale n'échappe d'ailleurs pas au mouvement général de réduction de la durée d'hospitalisation : la part des hospitalisations de moins de trois jours a fortement augmenté (37,1% en 2003 contre 27% en 1995) alors que celle des hospitalisations de plus de huit jours continue de diminuer (24,1% en 2003 contre 32,7% en 1995). Les hospitalisations d'une journée, sont elles aussi sensiblement plus fréquentes (22,5% en 2003 contre 18% en 1995). La durée moyenne des séjours liés aux accou-

chements diminue elle aussi : 5,5 jours en 2003, contre 6,7 jours en 1998. Concernant les accouchements, la prise en charge de la douleur par analgésie péridurale continue de se développer : 63% des femmes en ont bénéficié en 2003, contre 58% en 1998 et 49% en 1995. 87% des femmes ayant accouché sans péridurale l'ont fait soit volontairement (39%) soit suite à un travail trop rapide (48%). Le pourcentage de rachianesthésies (voir définition) continue par ailleurs de progresser sensiblement : de 5% en 1995, il est passé à 8,5% en 1998, pour finalement atteindre 12,3% en 2003. En revanche, les anesthésies générales ont quasiment disparu et n'ont été utilisées que dans 1,7% des cas en 2003, contre 5,4% en 1995. Dans 20% des cas, le début du travail se fait par déclenchement sur décision médicale. Cette proportion n'a pas changé depuis 1995, alors qu'elle avait doublé précédemment entre 1981 et 1995.

### Une adéquation croissante entre niveau de risque des grossesses et équipements adaptés

Le décret périnatalité du 9 octobre 1998 définit plusieurs niveaux de maternité, destinés à prendre en charge les grossesses en tenant compte du niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. En 2004, on comptabilise en France métropolitaine 59 maternités de niveau 3 dont le rôle est de traiter les situations les plus complexes pour la mère et/ou l'enfant ; 207 maternités dites de niveau 2 qui disposent d'un service de néonatalogie, et 342 maternités classées en niveau 1 destinées à prendre en charge les grossesses présentant le moins de risques (voir tableau 1).

#### ■ Champ

Naissances en France métropolitaine. Sont comptabilisées les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou les enfants (ou fœtus) d'au moins 500 grammes à la naissance.

#### ■ Définitions

– **Maternité** : les établissements décomptés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique.

– **Niveau de maternité** : le décret périnatalité du 9 octobre 1998 a posé un cadre d'organisation des soins en réseaux, afin de garantir une meilleure adéquation entre niveau de risque de la patiente et du nouveau-né, et niveau de la maternité d'accueil. Trois niveaux de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit « de niveau 3 » s'il dispose sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de réanimation néo-

natale et d'un service de néonatalogie ; un établissement est dit « de niveau 2 » s'il dispose d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique ; un établissement est dit « de niveau 1 » s'il dispose d'un service d'obstétrique.

– **Rachianesthésie et analgésie péridurale** : la rachianesthésie est une ponction lombaire avec administration d'un anesthésique local dans le liquide céphalorachidien. L'analgésie péridurale est une anesthésie locorégionale, qui consiste à injecter le mélange anesthésiant à proximité de la moelle épinière (dans l'espace péridural).

#### ■ Pour en savoir plus

– Vilain A., De Peretti C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003 - Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », Synthèse effectuée à partir de l'analyse et du rapport réali-

sés par Blondel B., Supernant K., Du Mazaubrun C. et Bréart G. (INSERM U 149), *Études et Résultats*, n° 383, février, DREES.

– Baubeau D. et Buisson G., 2003, « La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 », *Études et Résultats*, n° 275, décembre, DREES.

– Buisson G., 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000 – un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *Études et Résultats*, n° 225, mars, DREES.

– Baubeau D., Morais S. et Ruffié A., 1999, « Les maternités de 1975 à 1996 – un processus de restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, n° 21, juillet, DREES.

– Ruffié A., Deville A. et Baubeau D., 1998, « État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France », *Journal Gynécol Obstet Bio Reprod*, n° 27, suppl. n° 2.

#### ■ Sources

Les Enquêtes nationales périnatales sur la morbidité et les pratiques médicales font partie des Plans « périnatalité », définis par le ministère chargé de la Santé, en 1994 et en 2004. Elles sont réalisées conjointement par INSERM (U 149, coordination scientifique), la DGS, la DREES et les Services départementaux de PMI des conseils généraux, et recueillent des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risques, à partir d'un échantillon de naissances représentatif de tous les enfants, nés vivants ou mort-nés dans les maternités publiques et privées, constitué de toutes les naissances d'une semaine donnée.

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

tableau 1 ● répartition des accouchements selon le niveau de la maternité d'accueil en 1996, 2002 et 2004

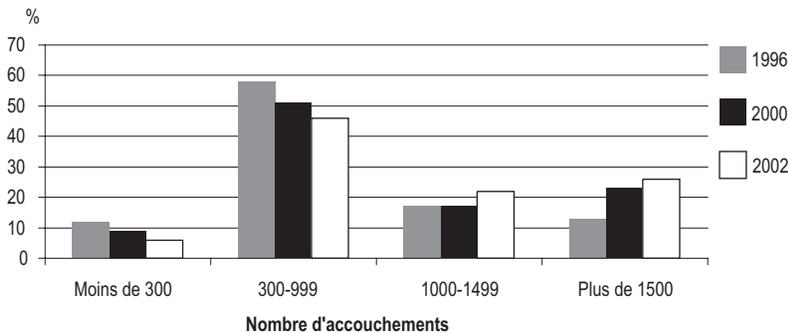
Niveau de maternité	Années	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total
Nombre d'établissements	1996	565	250		815
	2002	403	203	47	653
	2004	342	207	59	608
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		725 337
	2002	330 915	306 284	115 008	752 207
	2004	285 392	322 935	152 461	760 788
Part d'accouchements	1996	57 %	43 %		100 %
	2002	44 %	41 %	15 %	100 %
	2004	38 %	42 %	20 %	100 %

Note de lecture : En 1996, les définitions de niveaux existaient déjà, sans être réglementaires (voir « État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France »).

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 1996, 2002 et 2004, données statistiques

graphique 1 ● répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2000 et 2002



Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 1996, 2000 et 2002, données statistiques

tableau 2 ● surveillance de la grossesse et déroulement de l'accouchement entre 1995 et 2003 (en %)

	1995	1998	2003
Hospitalisation pendant la grossesse	19,9	21,6	18,6
Dont hospitalisation de moins de trois jours	27,0	32,3	37,1
Dont hospitalisation de huit jours ou plus	32,7	28,9	24,1
Accouchement déclenché	20,5	20,3	19,7
Analgesie péridurale	48,6	58,0	62,6
Absence car non désirée	n.d.	n.d.	38,7
Absence car travail trop rapide	n.d.	n.d.	48,0
Rachianesthésie	5,0	8,5	12,3
Anesthésie générale	5,4	2,6	1,7
Transfert de l'enfant	8,7	7,2	7,9

Champ : Naissances en France métropolitaine

Sources : Enquêtes nationales périnatales 1995, 1998, 2003, INSERM, DREES, DGS, conseils généraux

## ● La naissance *suite*

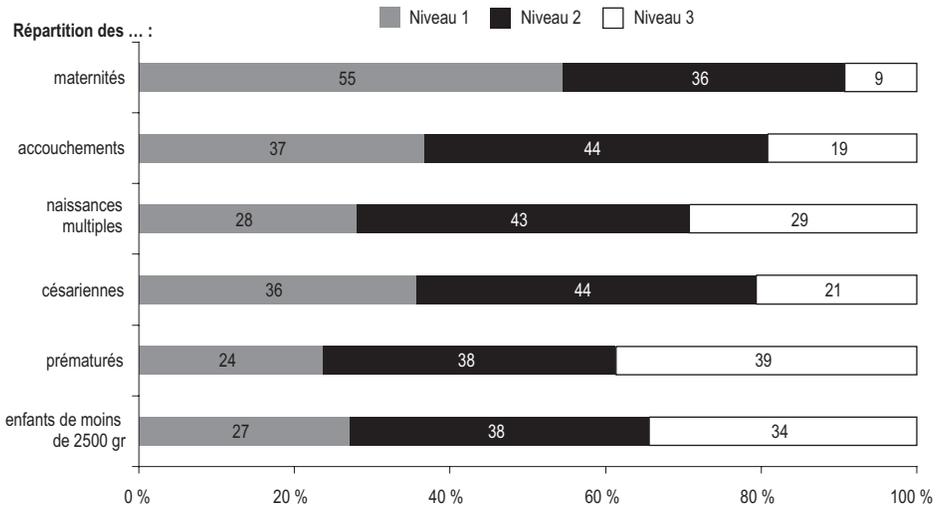
Les maternités de niveau 2 et 3 sont presque exclusivement des maternités publiques ou financées par dotation globale (respectivement 79% et 100% en 2004) alors que près de la moitié des maternités de niveau 1 sont privées, financées hors dotation globale. Entre 1996 et 2004, un report des accouchements est intervenu vers les maternités des deux niveaux supérieurs. En effet, en 2004, 62% des accouchements ont eu lieu dans les 266 maternités disposant d'un service de néonatalogie et/ou de réanimation néonatale (niveau 2 ou 3), alors qu'en 1996, c'était le cas de 43,5% d'entre eux. Ainsi les maternités de niveau 2 et 3, qui représentent près des 2/3 des naissances totales en 2004, ont accueillies, selon les données de l'Enquête nationale périnatale 2003, près de 3/4 des naissances multiples, des naissances prématurées et des petits poids de naissance (voir graphique 2). La proportion d'enfants ayant nécessité un transfert dans un autre service, ou un autre établissement, ou bien une hospitalisation particulière, est restée inchangée: elle se situe toujours aux alentours de 8%.

En 2003, alors que le risque obstétrical dans les établissements de niveau 2 et 3 est plus élevé, la part des accouchements réalisés par césarienne dans ces derniers est quasiment identique à celle de l'ensemble des accouchements réalisés par eux (voir graphique 2). À niveau de risque comparable, les établissements de niveau élevé pratiquent donc moins fréquemment les césariennes, probablement du fait de moyens, en équipement et en personnel, plus importants.

Pour assurer une prise en charge adaptée des grossesses à risques (qui leur sont parfois adressées en cours de grossesse ou en urgence par les maternités de niveau inférieur), pratiquement toutes les maternités de niveau 3 assuraient en 2003 la présence permanente d'un gynécologue-obstétricien, d'un anesthésiste-réanimateur et d'un pédiatre.

Ces présences permanentes, en particulier des pédiatres, sont d'autant moins fréquentes que le niveau de maternité diminue (voir tableau 3). ■

graphique 2 ● caractéristiques de l'activité par niveau de maternité en 2003 (en %)



Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine durant la semaine du 13 au 19 octobre 2003  
Sources : Enquête nationale périnatale 2003, INSERM, DREES, DGS, conseils généraux

tableau 3 ● présence médicale selon le niveau des maternités (en %)

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Part des établissements avec un gynécologue-obstétricien présent en permanence dans le service ou l'établissement	22	53	96
Part des établissements avec un pédiatre présent en permanence dans le service ou l'établissement	5	31	95
Part des établissements avec un anesthésiste-réanimateur présent en permanence dans le service ou l'établissement	38	81	96

Champ : Ensemble des naissances en France métropolitaine durant la semaine du 13 au 19 octobre 2003  
Sources : Enquête nationale périnatale 2003, INSERM, DREES, DGS, conseils généraux

## ● L'activité des services d'urgences

*L'augmentation des passages dans les services d'urgences hospitaliers se poursuit à un rythme moins rapide que les années précédentes. Le secteur public est prépondérant, tant en nombre de structures qu'en volume de passages pris en charge. La part du secteur privé augmente, atteignant 16 % des passages en 2004. Sur les 14 millions de passages aux urgences en 2004, un sur cinq aboutit à une hospitalisation.*

### Une stabilisation du nombre global de passages aux urgences en 2004

En 2004, le nombre annuel de passages dans les services d'urgences des établissements de santé atteignait 14 millions en France métropolitaine, contre 10 millions en 1996. Pour la première fois depuis 1996, le volume des passages évolue peu, avec seulement 0,4 % de hausse sur un an. Un premier ralentissement s'était déjà produit en 2003, avec une croissance de l'ordre de 2,8 %, alors que la progression annuelle moyenne avait été de l'ordre de 4 % de 1996 à 2004 (voir graphique 1).

Le taux annuel de passages aux urgences, qui établit le rapport entre le nombre de passages et la population résidente au 1<sup>er</sup> janvier de l'année, est passé de 17,5 % en 1996 à 23,5 % en 2004, soit un niveau identique à celui de 2003. Selon les régions, ce taux s'échelonne de 17,8 % (région Pays de la Loire) à 29,3 % (région Haute-Normandie) (voir carte).

L'ensemble de ces passages est réalisé, en France métropolitaine, par 622 services autorisés pour l'accueil des urgences en 2004. Ces services se répartissent en trois catégories selon la gravité et la spécificité des situations des patients : 208 services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), aptes à traiter tous les types d'urgences, 376 unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU), qui réorientent au besoin les cas les plus difficiles, et 38 pôles spécialisés d'urgences (POSU) prenant en charge des pathologies ou des populations spécifiques, notamment les enfants (voir tableau 1). Plus de la moitié des passages (54 %) étaient pris en charge par les SAU en 2004, 41 % par les UPATOU et 4 % par les POSU (voir tableau 2).

#### ■ Champ

Établissements publics et privés en France métropolitaine, bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R 123-1 à R 6 123-32 du code de santé publique).

#### ■ Définitions

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

La prise en charge des urgences a été largement réorganisée par les décrets n° 97-615 et 97-619 du 30 mai 1997 et est soumise à autorisation depuis cette date. Pour adapter la prise en charge à la gravité des situations, trois types de structures ont été définis : – **les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU)** potentiellement capables de traiter tous les

types d'urgences. Ils sont installés dans des établissements comportant des services ou unités de réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine générale ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique (article R 6 123-2).

– **les pôles spécialisés d'urgences (POSU)** capables de prendre en charge des urgences lourdes, mais seulement sur des spécialités spécifiques, ou installés dans des établissements prenant en charge de façon prépondérante des enfants (article R 6 123-4).

– **les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU)** qui doivent traiter les cas les plus simples, mais orienter, vers d'autres structures, les patients dont l'état

### Une activité toujours en progression pour le secteur privé hors dotation globale

Les 3/4 des services d'urgences sont publics. 1/3 des UPATOU, qui prennent en charge les cas les moins graves, relève du secteur privé, contre seulement 3 % des SAU. La répartition des POSU est plus équilibrée : 20 sont publics et 18 sont privés (voir tableau 1).

Alors que l'activité des services d'urgences diminue légèrement dans le secteur public (-1 % entre 2003 et 2004), elle progresse encore très fortement dans les établissements privés hors dotation globale (+13 % en 2004). D'ailleurs en 2004, la part des passages aux urgences du secteur privé (pris dans sa globalité) a encore augmenté, atteignant 16 %, après être passée de 8 % en 1997 à 12 % en 2001. Cette augmentation est en partie due aux établissements hors dotation globale, leur part étant passée de 7,6 % à 11,3 %, alors que celle du secteur privé financé par dotation globale stagne aux environs de 5 % depuis 2001 (voir tableau 2).

### Des structures majoritairement de petite taille

Les services d'urgences des établissements privés hors dotation globale sont en moyenne de plus petite taille que ceux des établissements, publics ou privés, financés par dotation globale : 13 000 passages annuels en moyenne, contre 22 000 dans le secteur privé sous dotation globale et 25 000 dans le public.

Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 40 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an, et les 2/3 moins de 25 000. À l'autre extrémité, 14 % d'entre elles reçoivent plus de 40 000 passages par an et traitent 1/3 de l'ensemble des passages (voir graphique 2). Cette

nécessité des soins qu'elles ne peuvent assurer (article R 6 123-6).

Cette organisation a été modifiée par les décrets du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à ces structures, mais elle n'était pas encore en vigueur au moment de la SAE 2004 commentée dans cette fiche. En particulier, il n'y aura plus qu'un seul type de service d'urgences, mais différencié en fonction de la population accueillie, dans des structures de type généraliste ou pédiatrique. Les anciens UPATOU, SAU et POSU spécialisés seront rassemblés au sein de l'ensemble des services d'urgences, et ne se distingueront plus que par leurs tailles très différentes.

#### ■ Pour en savoir plus

– Carrasco V., 2006, « L'activité des services d'urgences en 2004 : une

stabilisation du nombre de passages », *Études et Résultats*, n° 524, septembre, DREES.

– Baubeau D. et Carrasco V., 2003, « Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, n° 212, janvier, DREES.

– Baubeau D. et Carrasco V., 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, n° 215, janvier, DREES.

#### ■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'équipement (nombre de box de surveillance), 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.

tableau 1 ● nombre de services d'urgences en 2004 selon le statut et l'autorisation

Établissements	Publics	Privés sous dotation globale	Privés hors dotation globale	Ensemble
POSU	20	2	16	38
SAU	202	5	1	208
UPATOU	247	24	105	376
<b>Ensemble</b>	<b>469</b>	<b>31</b>	<b>122</b>	<b>622</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

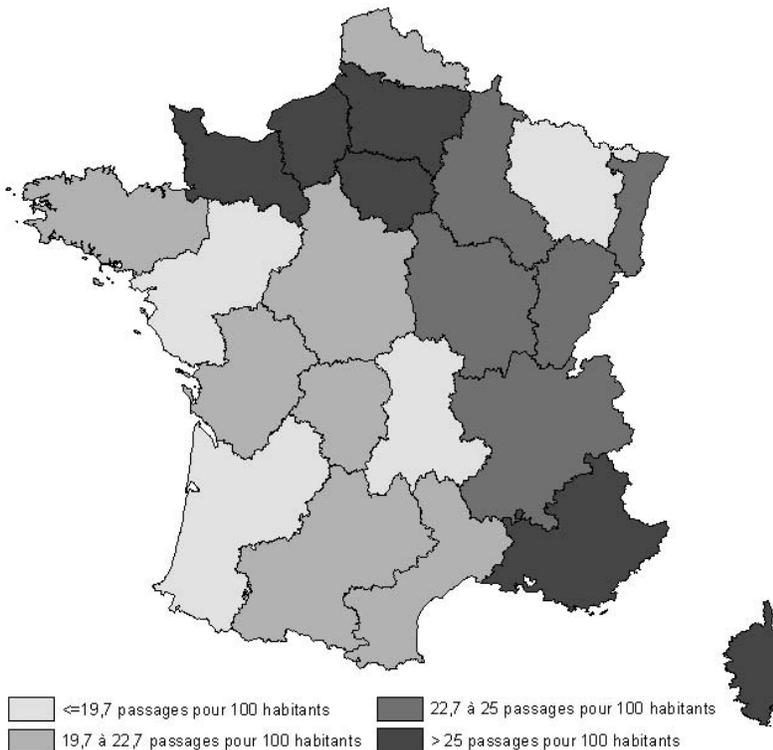
tableau 2 ● nombre de passages aux urgences en 2004, selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble	
	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004	2004	Évolution 2003-2004
POSU	504 971	-5,9%	54 399	-9,0%	62 781	72,0%	622 151	-1,7%
SAU	7 475 030	-1,5%	195 244	-0,7%	23 149	1,7%	7 693 423	-1,5%
UPATOU	3 933 372	0,8%	423 067	1,0%	1 522 510	11,2%	5 878 949	3,3%
<b>Ensemble</b>	<b>11 913 373</b>	<b>-1,0%</b>	<b>672 710</b>	<b>-0,4%</b>	<b>1 608 440</b>	<b>12,6%</b>	<b>14 194 523</b>	<b>0,4%</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2003-2004, données statistiques

carte ● taux annuel de passages aux urgences en 2004



Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques, INSEE, estimations localisées de population 2004

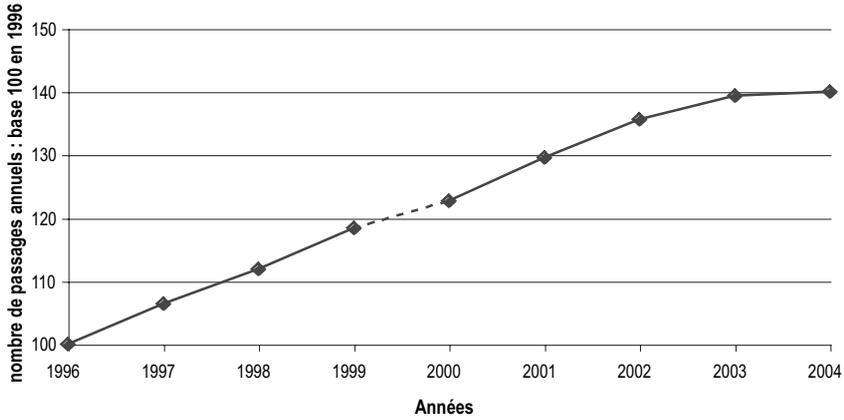
## ● L'activité des services d'urgences *suite*

répartition en fonction de la taille est très différente selon les types de services. En effet, l'activité moyenne d'un SAU représente plus du double de celle des UPATOU, avec respectivement 37 000 et 16 000 passages annuels. L'activité des POSU varie selon la spécificité du service : les POSU du secteur privé relèvent d'une très haute spécialisation (cardiologie, chirurgie de la main...), ce qui limite leur volume d'activité moyen (en moyenne 3 800 passages par an). Au contraire, dans le public, il s'agit en général de POSU pédiatriques, assimilables aux SAU, réalisant en moyenne 28 000 passages par an.

### **Après un passage aux urgences, un patient sur cinq est hospitalisé**

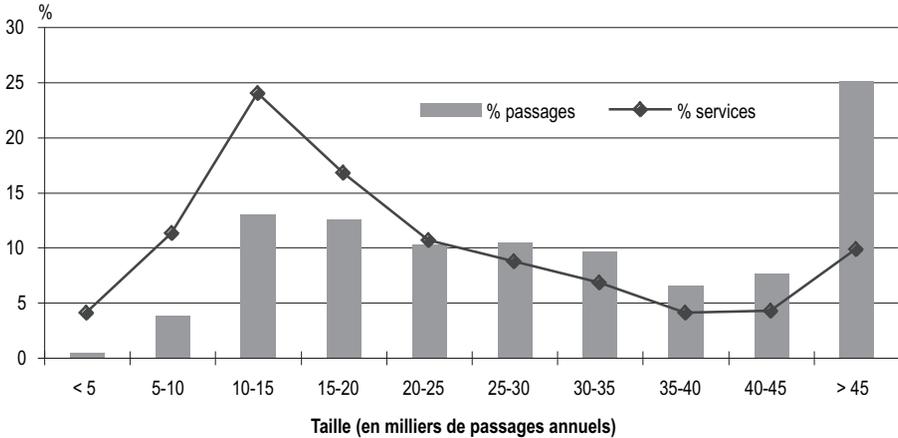
Le taux d'hospitalisation après un passage aux urgences reste stable au cours des quatre dernières années, il se maintient en effet autour de 20 %. Il est plus élevé dans les SAU (22,6 %), qui prennent en charge davantage de cas graves, que dans les UPATOU (17 %). Ce taux est moins élevé dans les établissements privés que dans le secteur public (13 % contre 21,6 %), ce qui peut être lié à la sur-représentation de ce dernier dans les SAU. ■

graphique 1 ● évolution du nombre de passages annuels aux urgences



*Note de lecture : ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.*  
 Champ : France métropolitaine  
 Sources : DREES, SAE 1996-2004, données statistiques

graphique 2 ● répartition des services et des passages aux urgences, selon la taille du service



*Note de lecture : 24% des services d'urgences ont une taille comprise entre 10 000 et 15 000 passages annuels ; ils accueillent 13% de l'ensemble des passages aux urgences.*  
 Champ : France métropolitaine  
 Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

## ● Les personnels des services d'urgences

*En 2004, l'effectif des médecins et des infirmiers intervenant dans les services d'urgences, calculé en équivalent temps plein, progresse, permettant ainsi une diminution du nombre moyen de passages annuels par médecin et infirmier à temps plein. Le secteur public est le premier concerné par cette amélioration. La part du personnel non infirmier, quant à lui, varie fortement en fonction de la taille des services.*

### Le renforcement des moyens en personnels médicaux se poursuit en 2004

En 2004, 6 340 médecins interviennent dans les services d'urgences, soit 4 760 équivalents temps plein (ETP). L'augmentation du nombre d'ETP médicaux s'avère aussi importante en 2004 qu'en 2003, avec une évolution de +9%, supérieure à celle de l'activité. Les effets du Plan urgences de septembre 2003 se sont en effet concrétisés en 2004 par la création de 218 postes médicaux et 411 postes infirmiers. Ces créations s'accompagnent d'une optimisation des postes existants, avec une augmentation de 406 ETP médicaux.

Le nombre moyen de passages annuels aux urgences par «médecin à temps plein» est ainsi passé de 3 460 en 2002 à 2 980 en 2004, soit une diminution de 14%. Cette augmentation de moyens en médecins a essentiellement concerné le secteur public, qui était le moins bien doté en 2002 avec 3 500 passages aux urgences par médecin à temps plein, et qui se retrouve le mieux positionné en 2004 avec 2 970 passages par an. Les moyens en personnel médical du secteur privé sous dotation globale sont quant à eux restés pratiquement inchangés, avec 3 200 passages par médecin à temps plein en 2004, tandis que ceux du secteur privé hors dotation globale ont été renforcés: le nombre moyen de passages aux urgences par médecin à temps plein est ainsi passé de 3 200 en 2003 à 3 000 en 2004. Par ailleurs, le nombre de passages aux urgences par médecin à temps plein augmente fortement avec la taille de l'unité. Dans les plus petites unités, qui reçoivent moins de 10 000 passages par an (hors POSU spécialisés), on dénombre 1 900 passages par ETP par an. Ce chiffre double dans les grandes unités (plus de 45 000 passages annuels) avec 3 900 passages par médecin en ETP. Cette situation s'observe dans les trois secteurs, mais elle est particulièrement marquée dans les plus grandes unités du secteur privé hors dotation globale (voir graphique 1).

### ... Il en est de même pour les moyens infirmiers

Les infirmiers sont à peu près deux fois plus nombreux que les médecins à intervenir dans les services d'urgences: 12 700 personnes soit 11 580 ETP. Les ETP infirmiers ont progressé de 5,2% en 2004. Cette augmentation, inférieure à celle des médecins, est comme pour ces derniers pratiquement du même ordre qu'en 2003. En moyenne, en 2004, les services d'urgences disposent d'un «infirmier à temps plein» pour 1 230 passages annuels, contre 1 290 en 2003. Cette diminution de la charge par ETP est nettement plus marquée dans le secteur public que dans le privé, en particulier, hors dotation globale. Les établissements publics accentuent ainsi leur

avantage par rapport à ceux du privé avec 1 160 passages pour un infirmier à temps plein contre 1 480 dans le privé sous dotation globale et 1 960 dans le privé hors dotation globale. Globalement, la taille des unités n'intervient pas de la même façon que pour les médecins: si les plus petites unités, comprenant moins de 10 000 passages annuels (hors POSU très spécialisés), restent les mieux dotées avec 1 040 passages par infirmier à temps plein, il n'y a guère de différence entre ces unités et celles qui accueillent jusqu'à 35 000 passages. Dans les plus grandes unités, l'écart entre les moyens en personnel infirmier et médical s'est accru en 2004 (voir graphique 2).

Ce constat global ne vaut pas pour les établissements privés hors dotation globale où le nombre de passages par infirmier à temps plein passe quasiment du simple au triple entre les petites unités (moins de 10 000 passages annuels) et les grandes (plus de 20 000). Comme pour les moyens en personnel médical, l'écart avec le secteur sous dotation globale (public et privé) s'accroît ainsi fortement avec la taille des unités (voir graphique 3).

### La part du personnel non infirmier des urgences est plus importante dans les services de grande taille

Seules 35% des unités d'urgences déclarent disposer d'assistants de service social. Cette part varie très fortement avec la taille passant de 20% pour les services réalisant de 10 000 à 20 000 passages annuels, à 66% pour ceux comptant plus de 40 000 passages par an. Globalement, 288 assistants de service social participent à l'activité des services d'urgences, représentant 204 ETP, soit en moyenne un assistant à temps plein pour 33 000 passages annuels pour les services qui en sont dotés. Par ailleurs, en 2004, l'effectif des autres personnels affectés aux services d'urgences (aides soignantes, agents de services hospitaliers et secrétaires notamment) est estimé à 10 500 personnes. Il représente 9 500 ETP, soit environ 80% des ETP infirmiers. Cette proportion est très variable selon le type de service. Si dans les POSU spécialisés, elle n'est que de 50%, elle varie de 66% dans les unités qui comptent moins de 10 000 passages annuels à 86% dans celles qui dépassent 20 000, pour atteindre 94% dans les plus grandes unités (de plus de 45 000 passages annuels). 9% des unités d'urgences ont indiqué ne disposer d'aucun autre type de personnel en dehors des médecins, infirmiers et assistants de service social. Cette part est beaucoup plus élevée (28%) dans les très petites unités (moins de 5 000 passages annuels), et beaucoup plus faible (4,6%) pour les très grandes (plus de 40 000 passages annuels). ■

#### ■ Champ

Établissements publics et privés en France métropolitaine, bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R 6123-1 à R 6123-32 du code de santé publique).

#### ■ Définitions

— Pour la définition des différents types de **services d'urgences**, voir la fiche précédente.

— **Équivalent temps plein (ETP)**: les personnes employées à temps plein comptent chacune pour 1, une personne employée à mi-temps compte pour 0,5, une personne employée à 4/5 du temps compte pour 0,8.

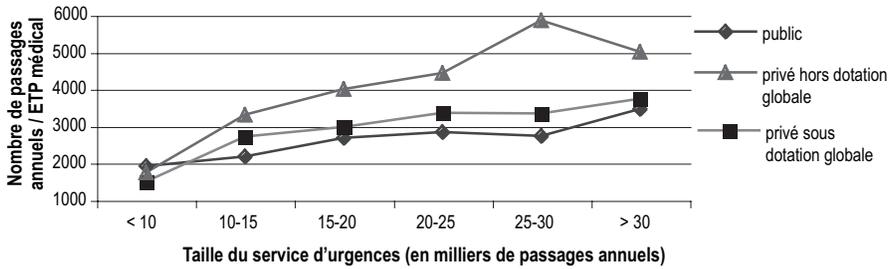
#### ■ Pour en savoir plus

— Carrasco V., 2006, «L'activité des services d'urgences en 2004: une stabilisation du nombre de passages», *Études et Résultats*, n° 524, DREES.  
— Voir la fiche «L'activité des services d'urgences» p. 56.

#### ■ Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'équipement (nombre de box de surveillance), 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.

graphique 1 ● nombre de passages annuels par ETP médical, selon la taille du service et le secteur d'activité en 2004

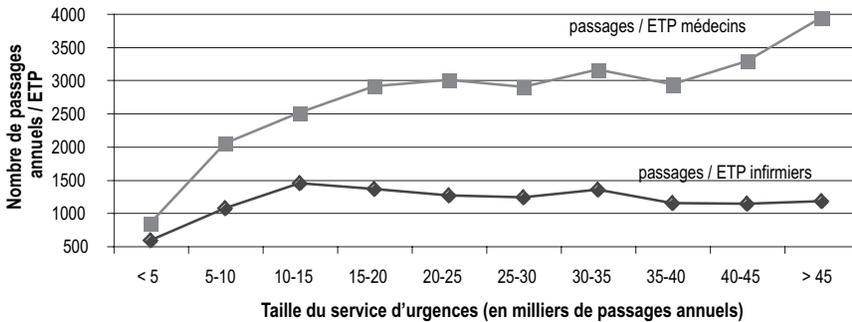


Note de lecture : les services d'urgences du secteur privé hors dotation globale réalisant de 15 000 à 20 000 passages annuels disposent d'un ETP médical pour 4 000 passages annuels.

Champ : France métropolitaine, hors POSU spécialisés

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

graphique 2 ● nombre de passages annuels par ETP médecin et infirmier, selon la taille du service en 2004

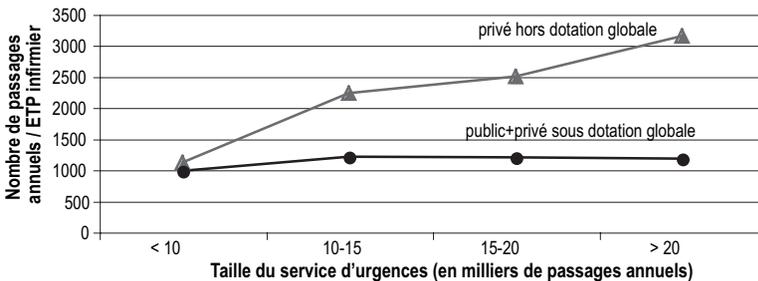


Note de lecture : les services d'urgences accueillant de 10 000 à 15 000 passages annuels disposent d'un ETP médical pour 2 500 passages et d'un ETP infirmier pour 1 440 passages.

Champ : France métropolitaine, hors POSU spécialisés

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

graphique 3 ● nombre de passages annuels par ETP infirmier, selon la taille du service et le secteur d'activité en 2004



Note de lecture : les établissements privés hors dotation globale accueillant entre 15 000 et 20 000 passages annuels disposent d'un ETP infirmier pour 2 500 passages annuels.

Champ : France métropolitaine, hors POSU spécialisés

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

## ● L'activité des services mobiles d'urgence et de réanimation

*La majorité des services d'urgences sont également sièges de services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). Ces services ont une activité stable, d'environ 636 000 sorties par an. Moins de 2 % de l'ensemble des passages aux urgences sont consécutifs à un transport assuré par un SMUR.*

L'autorisation d'exercer l'activité de traitement et d'accueil des urgences peut être accordée à un établissement de santé pour y faire aussi fonctionner un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), destiné à effectuer les interventions médicales hors de l'établissement.

En 2004, 363 des 622 services d'urgences de France métropolitaine ont déclaré être siège de SMUR ou d'antennes de SMUR. À ces services, il faut rajouter 6 autres établissements qui, ne disposant pas d'autorisation de traitement des urgences, ont uniquement une activité SMUR. Parmi les 363 services d'urgences sièges de SMUR, 190 sont des UPATOU, 169 des SAU et 4 des POSU pédiatriques. Seuls 5 relèvent du secteur privé. 76 % des services d'urgences publics sont sièges de SMUR, contre seulement 3 % des services d'urgences privés.

On trouve des SMUR rattachés à des services d'urgences de toutes tailles, mais la part des services d'urgences qui ont un SMUR augmente avec la taille du service : elle passe de 41 % pour les services accueillant moins de 15 000 passages par an à 80 % parmi ceux qui comptent plus de 40 000 passages annuels (voir graphique 1).

### L'activité des SMUR est très stable

Si le nombre d'établissements sièges de SMUR a tendance à diminuer (380 en 2002, 374 en 2003, et 369 en 2004), leur activité, mesurée en nombre de sorties, reste très stable, soit environ 636 000 sorties par an. Parmi l'ensemble des sorties, 75 % sont assurées par les SMUR rattachés aux SAU et 20 % par les SMUR des UPATOU.

En moyenne, un SMUR effectue 1 725 sorties par an. La moitié des SMUR réalisent moins de 1 000 sorties annuelles (soit moins de 3 par jour) et 6 % des services plus de 5 000, soit 28 % des sorties (voir graphique 2).

### Les SMUR réalisent 78 % de sorties primaires

Le nombre de sorties effectuées par les SMUR représente 4,5 % de l'ensemble des passages annuels aux urgences. Il faut toutefois distinguer les deux types de sorties que sont amenés à effectuer les SMUR : les sorties primaires et les sorties secondaires (voir définitions). Près de huit sorties sur dix sont des sorties primaires : elles représentent 3,5 % du nombre de passages aux urgences.

Selon les régions, le rapport entre l'activité des SMUR et celle des services d'urgences varie de 3 à 6 %. La Corse se démarque par une activité des SMUR particulièrement importante, puisque le

nombre de sorties représente 13 % des passages, et 10 % si l'on se restreint aux sorties primaires.

La part des sorties secondaires varie beaucoup selon le type de service : très faible dans les SMUR rattachés à des UPATOU (8 %), elle est de 25 % dans les SAU et est par contre très importante dans les quelques SMUR rattachés à des POSU pédiatriques (50 % des sorties). Ce dernier cas correspond à un besoin de prise en charge médicalisée spécifique pour le transfert des nouveau-nés. La part des sorties secondaires croît avec la taille des SMUR : le transfert des patients entre établissements de santé est une activité marginale des plus petits SMUR (7 % des sorties des SMUR réalisant moins de 1 000 sorties par an) mais atteint 30 % dans les SMUR dépassant 3 000 sorties par an.

### Les SMUR assurent le transport de 70 % des patients pris en charge lors des sorties primaires

Dans le cas des sorties primaires, les SMUR ont une mission double : assurer la prise en charge d'un patient hors de l'établissement de santé et, le cas échéant, son transport vers l'établissement de santé le plus adapté. Si l'on considère l'ensemble des patients pris en charge lors des sorties primaires, les SMUR assurent le transport de 70 % d'entre eux. Parmi les 30 % de patients non transportés par les SMUR, 1/4 est traité sur place, 1/4 décède, près de la moitié des patients sont transportés dans un établissement de santé par un moyen de transport non médicalisé et 4 % refusent d'être évacués.

Parmi les patients transportés par le SMUR vers un établissement de soins, les 3/4 sont transportés vers l'établissement siège du SMUR.

### Moins de 2 % de l'ensemble des passages aux urgences sont consécutifs à un transport assuré par un SMUR

Parmi les patients pris en charge lors des sorties primaires, 42 % sont transportés dans les urgences de l'établissement siège du SMUR et 7 % dans les urgences d'un autre établissement (voir graphique 3). Lors des sorties primaires, la moitié des patients pris en charge par les SMUR se retrouvent ainsi orientés vers un service d'urgences, soit environ 250 000 patients. Cela représente moins de 2 % de l'ensemble des passages aux urgences. Les patients transportés et ne passant pas par les services d'urgences, sont directement orientés vers d'autres services de l'établissement de santé. Ainsi 9 % d'entre eux sont admis en réanimation. ■

#### ■ Champ

Établissements publics et privés en France métropolitaine, bénéficiant d'une autorisation de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ou non, le second cas devant rester marginal depuis les décrets du 22 mai 2006.

#### ■ Définitions

– **Le SMUR** est destiné à effectuer les interventions médicales hors de l'établissement de santé, dans le cadre de

l'aide médicale urgente (article R 6123-1 du code de santé publique). Les nouveaux décrets du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence instaurent une autorisation spécifique pour les SMUR pédiatriques, qui n'étaient jusqu'alors pas distingués des autres. Cette nouvelle distinction n'était pas en vigueur au moment de la SAE 2004, commentée dans cette fiche.

– **Les sorties primaires** consistent en l'intervention d'une équipe hospitalière en vue d'assurer la prise en

charge d'un patient hors d'un établissement de santé et, le cas échéant, son transport vers un établissement de santé apte à assurer la suite des soins.

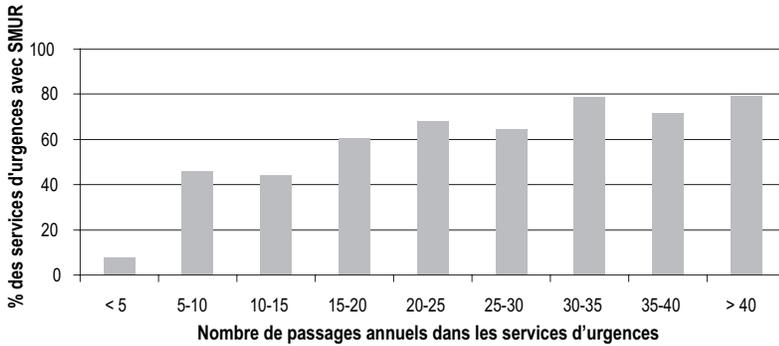
– **Les sorties secondaires** consistent à assurer le transfert, accompagné par une équipe hospitalière médicalisée, entre deux établissements de santé, des patients nécessitant une surveillance médicale pendant le trajet.

– **Services d'urgences** (SAU, UPATOU et POSU) : voir la fiche « L'activité des services d'urgences » p. 56.

#### ■ Sources

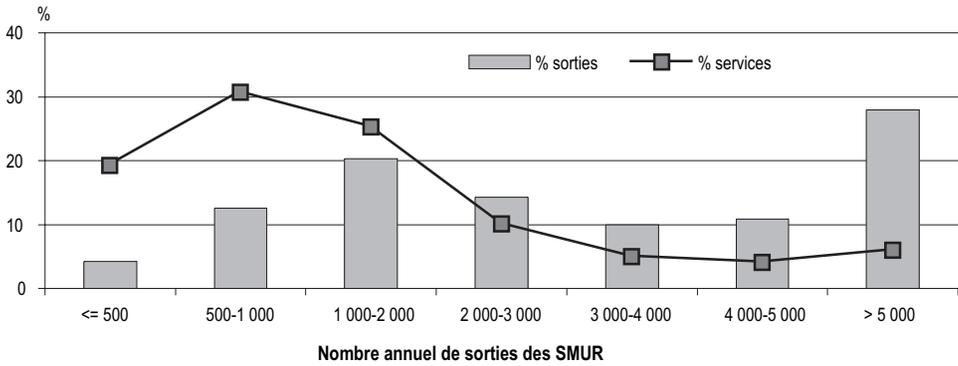
La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'équipement (nombre de box de surveillance), l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences.

graphique 1 ● part des services d'urgences avec SMUR selon la taille du service



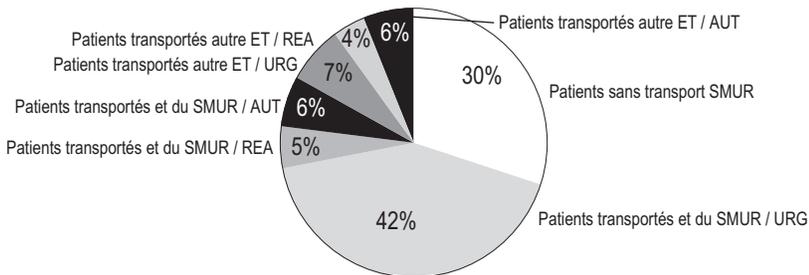
Note de lecture: 60% des services d'urgences accueillant entre 15000 et 20000 passages par an sont sièges de SMUR.  
 Champ: France métropolitaine  
 Sources: DREES, SAE 2004, données statistiques

graphique 2 ● répartition des services et des sorties selon le nombre annuel de sorties des SMUR



Note de lecture: 10% des SMUR réalisent entre 2000 et 3000 sorties par an, ce qui représente 14,3% des sorties.  
 Champ: France métropolitaine  
 Sources: DREES, SAE 2004, données statistiques

graphique 3 ● répartition des patients pris en charge lors des sorties primaires



Note de lecture: ET du SMUR: établissement siège de SMUR; autre ET: autre établissement; URG: urgences; REA: réanimation; AUT: autre. 42% des patients pris en charge lors de sorties primaires sont transportés dans les urgences d'un établissement siège de SMUR.  
 Champ: France métropolitaine  
 Sources: DREES, SAE 2004, données statistiques

## ● L'offre hospitalière en psychiatrie

*La psychiatrie a des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales (prises en charge récurrentes et diversifiées, faible place des actes techniques...) et fait l'objet d'une organisation très particulière. À côté de la psychiatrie sectorisée (psychiatrie de service public) qui représente 40 % des établissements et les quatre cinquièmes des capacités d'hospitalisation, l'offre de soins se compose également d'hôpitaux publics non spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales et d'établissements privés pour la plupart spécialisés. Entre 1997 et 2004, plus d'un lit d'hospitalisation complète sur six a été fermé tandis que les capacités d'accueil de jour et de nuit sont restées quasiment stables.*

### Une offre majoritairement publique fondée sur la sectorisation psychiatrique

Sur près de 630 établissements assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie, près de la moitié sont des établissements publics. Ils représentent les 2/3 de l'ensemble de lits et les 4/5 des places d'hospitalisation partielle. L'autre moitié se répartit quasiment à part égale entre le secteur sous dotation globale et celui hors dotation globale, ce dernier pratiquant essentiellement l'hospitalisation complète.

Près de 60 % des établissements qui accueillent des adultes sont exclusivement dédiés à la santé mentale ; il s'agit notamment des 88 anciens centres hospitaliers spécialisés publics, des 22 établissements psychiatriques privés participant au service public hospitalier et des 156 cliniques spécialisées en santé mentale (voir tableau 1). Pour la prise en charge des enfants, là aussi, la moitié des établissements sont exclusivement dédiés à la psychiatrie. D'une façon générale, l'offre psychiatrique concernant les enfants est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés sous dotation globale.

Le dispositif public est pour l'essentiel fondé sur la sectorisation psychiatrique, à travers 259 établissements (publics ou participant au service public). Ces derniers proposent une prise en charge globale des patients en réseau, avec des activités allant de la prévention à la réinsertion (voir la fiche « La psychiatrie sectorisée » p. 68). Ce dispositif est complété par une offre non sectorisée, comprenant 66 établissements publics (CHR, CH) et 303

établissements de soins privés (cliniques, foyers de post-cure, hôpitaux de jour), dont 133 sont sous dotation globale. Ces établissements privés assurent pour l'essentiel l'hospitalisation à temps plein ; celle à temps partiel, de jour ou de nuit, y étant restée limitée du fait de l'absence de tarification spécifique<sup>1</sup>.

L'offre sectorisée est prépondérante en 2004 comme en 2003, avec 76 % des lits d'hospitalisation complète et 88 % des places d'hospitalisation de jour et de nuit (voir tableau 2). Elle constitue même la seule offre disponible dans 28 départements (voir carte 1). À l'inverse, elle représente moins de 75 % des capacités dans 19 départements où le secteur privé sous dotation globale est particulièrement bien implanté. Paris se distingue par une offre publique non sectorisée importante en matière de lits (du fait de l'AP-HP) et une offre privée sous dotation globale importante pour les places d'hospitalisation partielle.

### Une diminution de l'hospitalisation à temps complet à rapprocher du développement des prises en charge ambulatoires et de l'hospitalisation à temps partiel

En 2004, près de 19 millions de journées d'hospitalisation en psychiatrie ont été réalisées (voir tableau 3). La durée moyenne de séjour en psychiatrie tend à diminuer et atteint 29,5 jours en 2004. Elle est supérieure dans les établissements non sectorisés où elle s'élève à 34,1 jours contre 28,2 jours dans les établissements sectorisés. La diminution observée du nombre de journées d'hospitalisation à temps plein depuis 1997 (-11 %) reste infé-

#### ■ Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie au 31 décembre 2004 en France métropolitaine et dans les DOM.

#### ■ Définitions

– **Psychiatrie sectorisée** : la psychiatrie de service public présente une organisation distincte des autres disciplines, fondée sur la sectorisation. Mise en place par une circulaire de 1960, celle-ci divise chaque département en aires géo-démographiques pour offrir à la population de cette aire une gamme de modalités de soins adaptés aux différentes phases de la pathologie proches du milieu de vie, tout en limitant l'hospitalisation.

– **Psychiatrie générale** : prise en charge des adultes de 16 ans ou plus présentant des troubles psychiques.

– **Psychiatrie infanto-juvénile** : prise en charge des enfants et adolescents.

– **Nombre d'entités**, l'entité comptabilisée correspond pour les établissements publics ayant une activité de psychiatrie, à l'entité juridique ; pour les établissements privés ayant une activité de psychiatrie à l'entité géographique si mono-établissement, une entité par département d'implantation si l'entité juridique regroupe plusieurs établissements. Un même établissement peut proposer à la fois une activité de psychiatrie générale et infanto-juvénile, ainsi qu'une activité sectorisée et non sectorisée.

– **Nombre de lits installés – Entrées en hospitalisation complète – Journées réalisées en hospitalisation – Nombre de places installées – Venues en hospitalisation partielle** : voir notamment la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital » p. 16.

#### ■ Pour en savoir plus

– Carrasco V., Coldefy M., Deroin C., Lombardo P., Thomson E., 2005, « L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 456, décembre, DREES.  
– Coldefy M., 2005, « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France », *Études et Résultats*, n° 443, novembre, DREES.  
– Coldefy M., Alluard O., 2005, « Atlas régional de psychiatrie générale - disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Document de travail*, Série Statistiques, n° 75, février, DREES.  
– Coldefy M., Alluard O., 2005, « Atlas régional de psychiatrie infanto-juvénile – disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *Document de travail*, Série Statistiques, n° 76, février, DREES.

#### ■ Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) couvre la totalité des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, sectorisés ou non, mais seulement la partie de l'activité qui leur est commune, c'est-à-dire l'hospitalisation à temps complet et ses alternatives (hospitalisation à temps partiel et hospitalisation à domicile). Elle recense également depuis 2000 les autres alternatives proposées par les secteurs de psychiatrie (prises en charge ambulatoire, alternatives à temps complet, etc.), mais la qualité de recueil des données est encore inégale.

tableau 1 ● nombre d'établissements en 2004

	Établissements publics (1)		Établissements privés sous dotation globale (2)		Établissements privés hors dotation globale (2)		Ensemble des établissements	
	Exclusif	Non exclusif	Exclusif	Non exclusif	Exclusif	Non exclusif	Exclusif	Non exclusif
<b>Psychiatrie générale</b>								
sectorisée	88	145	22	1	0	0	110	146
non sectorisée	1	54	63	20	156	8	220	82
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>								
sectorisée	84	108	17	2	0	0	101	110
non sectorisée	1	22	52	6	11	1	64	29
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>208</b>	<b>132</b>	<b>27</b>	<b>162</b>	<b>8</b>	<b>385</b>	<b>243</b>

(1) Nombre d'entités juridiques.

(2) Nombre de départements d'implantation pour les entités multi-établissements.

Champ : France métropolitaine et DOM

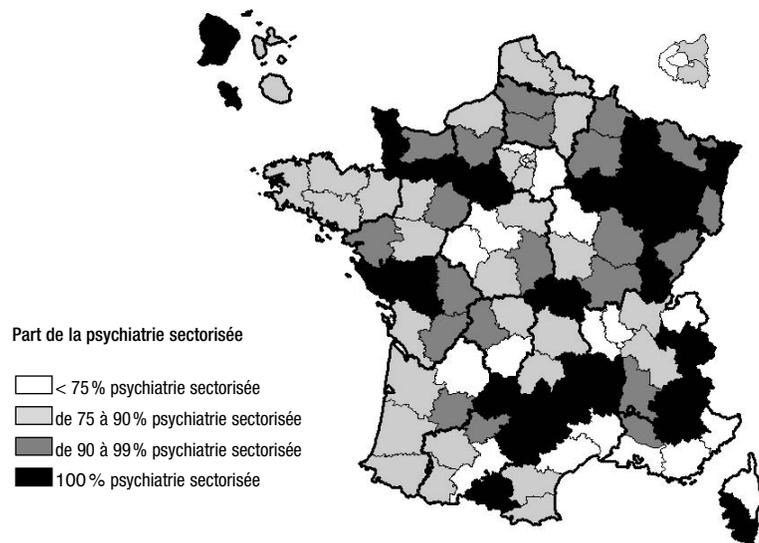
Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

tableau 2 ● nombre de lits et places installés au 31 décembre 2004  
selon le statut de l'établissement et le type de financement

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
<b>Psychiatrie générale</b>								
sectorisée	37 718	14 104	5 354	1 728	0	0	43 072	15 832
non sectorisée	1 022	302	1 544	1 310	11 081	222	13 647	1 834
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>								
sectorisée	1 555	6 909	201	642	0	0	1 756	7 551
non sectorisée	176	384	333	921	43	90	552	1 395
<b>Total</b>	<b>40 471</b>	<b>21 699</b>	<b>7 432</b>	<b>4 601</b>	<b>11 124</b>	<b>312</b>	<b>59 027</b>	<b>26 612</b>

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

carte 1 ● part de la psychiatrie générale et infanto-juvénile sectorisée  
dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle en 2004

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

## ● L'offre hospitalière en psychiatrie *suite*

rière à la diminution observée du nombre de lits sur la même période (-17 %) (voir graphique). Après une diminution observée depuis 1999, le nombre de venues en hospitalisation partielle augmente en 2004 (+3,1 %), inversant ainsi les tendances observées les années précédentes. Cette évolution s'accompagne d'une légère augmentation du nombre de places (+0,7 % depuis 2003). Ces tendances sont à mettre en relation avec le développement des prises en charge ambulatoires en psychiatrie générale et infanto-juvénile.

La densité nationale d'équipement en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle est passée de 164 à 138 pour 100 000 habitants entre 1997 et 2004. La capacité cumulée en lits et places varie dans un rapport de 1 à 33 selon les départements (voir carte 2). ■

---

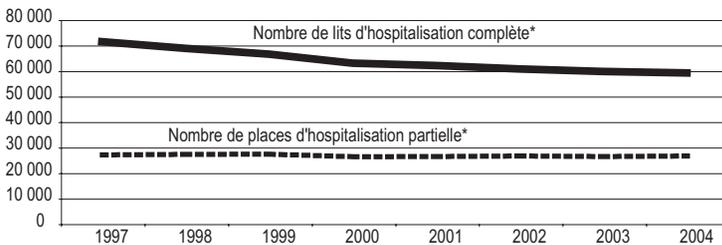
1. « *Ministère des solidarités, de la santé et de la famille* », Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, 2005, 98 p.

**tableau 3 ● nombre de séjours et journées en 2004  
selon le statut de l'établissement et le type de financement**

	Établissements publics		Établissements privés sous dotation globale		Établissements privés hors dotation globale		Ensemble des établissements	
	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées
<b>Hospitalisation complète</b>								
<b>Psychiatrie générale</b>								
sectorisée	433 058	12 056 412	50 404	1 675 796	0	0	483 462	13 732 208
non sectorisée	15 431	282 524	7 432	466 244	113 138	3 899 120	136 001	4 647 888
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>								
sectorisée	14 340	306 424	1 819	39 727	0	0	16 159	346 151
non sectorisée	1 879	37 463	748	57 204	559	10 505	3 186	105 172
<b>Total</b>	<b>464 708</b>	<b>12 682 823</b>	<b>60 403</b>	<b>2 238 971</b>	<b>113 697</b>	<b>3 909 625</b>	<b>638 808</b>	<b>18 831 419</b>
<b>Hospitalisation partielle</b>								
<b>Psychiatrie générale</b>								
sectorisée	2 722 102		331 351		0		3 053 453	
non sectorisée	62 798		313 291		70 973		447 062	
<b>Psychiatrie infanto-juvénile</b>								
sectorisée	1 102 573		101 068		0		1 203 641	
non sectorisée	65 248		227 096		19 312		311 656	
<b>Total</b>	<b>3 952 721</b>		<b>972 806</b>		<b>90 285</b>		<b>5 015 812</b>	

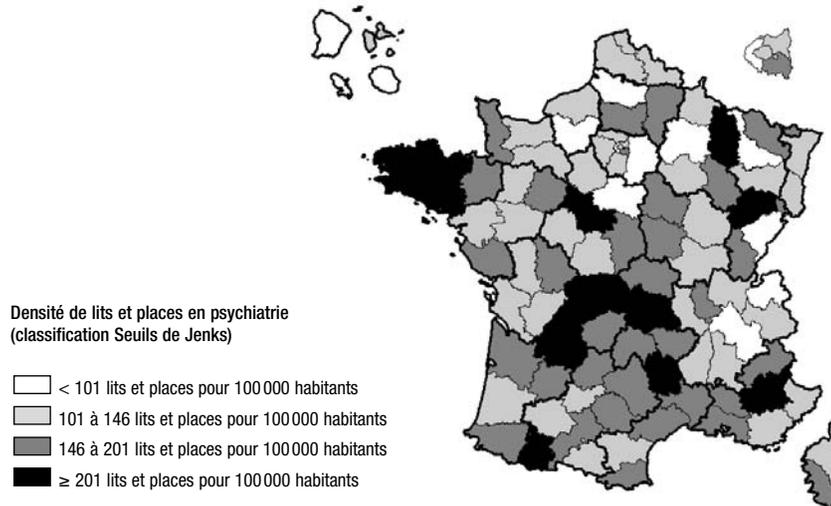
Champ : France métropolitaine et DOM  
Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

**graphique ● évolution des capacités en hospitalisation complète et partielle en psychiatrie**



\* au 31 décembre de l'année considérée.  
Champ : France métropolitaine  
Sources : DREES, SAE 1997 à 2004, données statistiques

**carte 2 ● disparités départementales d'équipements en psychiatrie générale  
et infanto-juvénile en 2004**



Champ : France métropolitaine et DOM  
Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques, INSEE, estimations localisées de population 2004

## ● La psychiatrie sectorisée

Près d'1,7 million de personnes (adultes et enfants) ont été suivies par les équipes de secteurs de psychiatrie en 2003. Environ neuf sur dix ont été prises en charge en ambulatoire, principalement dans un centre médico-psychologique. Une personne sur cinq a eu un suivi à temps complet. L'augmentation du nombre de patients pris en charge, tant chez les adultes, que chez les enfants, est constante depuis dix ans.

La sectorisation psychiatrique vise à limiter l'hospitalisation en offrant aux personnes souffrant de troubles psychiques des modalités de soins adaptées aux différentes pathologies à chaque phase de la maladie, dans des structures proches de leur milieu de vie. Elle regroupe la majorité des établissements publics et une partie des établissements privés sous dotation globale. Proposant une prise en charge des patients en réseau, au sein de zones géo-démographiques déterminées, elle est caractérisée par une offre de soins très diversifiée.

### Une organisation territoriale

Constituée en 2003 de 817 secteurs de psychiatrie générale chargés de la prise en charge des adultes de 16 ans et plus, de 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et de 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, la psychiatrie sectorisée est rattachée à 259 hôpitaux publics ou privés participant au service public. Certains établissements ont également mis en place des dispositifs intersectoriels qui assurent des missions communes à plusieurs secteurs de psychiatrie.

La population desservie par les secteurs de psychiatrie adulte est en moyenne de 56 100 habitants âgés de plus de 20 ans, avec des écarts allant de moins de 20 000 à plus de 100 000. En psychiatrie infanto-juvénile, les variations vont de moins de 15 000 à plus de 100 000 habitants pour une moyenne de 46 000 habitants âgés de moins de 20 ans. Les normes de population couverte par un secteur avaient été fixées par décret en 1986 à 70 000 habitants en moyenne (tout âge confondu) pour les secteurs de psychiatrie générale et 210 000 pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

### Les secteurs de psychiatrie générale : 1,23 million de patients en 2003

Selon les derniers rapports de secteurs exploités, relatifs à l'année 2003, les équipes des secteurs de psychiatrie générale ont vu près de 1 230 000 patients au moins une fois dans l'année, soit une augmentation de 62% entre 1991 et 2003 (voir tableau 1 et graphique 1). Le taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale atteint 27 pour 1 000 habitants de plus de

20 ans en 2003, contre 18 pour 1 000 en 1991 et varie dans un rapport de 1 à 7<sup>1</sup> selon les secteurs. La répartition géographique des taux de recours se rapproche de celle des densités départementales d'équipement, avec des taux de recours plus élevés en Bretagne et en Auvergne (voir carte 1).

### Une croissance forte et ancienne des patients traités en ambulatoire

La file active ambulatoire poursuit sa croissance en 2003 où elle dépasse pour la première fois le million de personnes, enregistrant une augmentation de 7% depuis 2000 (+76% depuis 1991) (voir tableau 1). 68% des patients suivis par les secteurs de psychiatrie générale en 2003 n'ont eu en outre que des soins ambulatoires dans l'année, les autres ont reçu également des soins à temps complet et/ou à temps partiel. Près de 77% des patients vus en ambulatoire ont consulté dans les centres médico-psychologiques (CMP). D'ailleurs, au sein de l'activité ambulatoire, ce sont les soins et interventions en CMP qui ont connu la plus forte croissance entre 1991 et 2003 : +93%. Les interventions dans les services d'hospitalisation autres que psychiatrique (hospitalisation somatique) ont aussi connu une très forte croissance (+64%) entre 1991 et 2003. Le ralentissement observé entre 1997 et 2000 n'était donc qu'apparent.

116 000 patients ont été suivis à temps partiel en 2003, soit 9% de la file active totale des secteurs. Après avoir connu une forte croissance entre 1991 et 2000 (+66% de patients suivis en neuf ans), la file active à temps partiel enregistre pour la première fois une diminution en 2003 avec -7% de patients suivis ainsi (soit 9 000 individus). Moins de 2% des patients sont pris en charge exclusivement sous ce mode. Les prises en charge à temps partiel apparaissent ainsi plutôt comme une modalité de soins complémentaire, qui peut faire suite à une prise en charge plus lourde à temps complet, ou au contraire venir compléter un suivi ambulatoire. Depuis 1995, le premier mode de prise en charge à temps partiel est le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

#### 1. Données écartées de 1% aux deux extrémités de la distribution.

#### ■ Champ

Secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile en 2003 en France métropolitaine et DOM, à l'exclusion des dispositifs intersectoriels formalisés et des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

#### ■ Définitions

– **File active** : ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par l'un des membres de l'équipe du secteur.

– **Taux de recours aux secteurs** : nombre de patients vus au moins une fois dans l'année par l'équipe du secteur rapporté à la population âgée de 20 ans ou plus du secteur couvert pour les adultes, à la population âgée de moins de 20 ans du secteur couvert pour les enfants.

#### ■ Pour en savoir plus

– Coldefy M., Lepage J., 2007, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », *Document de travail*, Série études, DREES, à paraître.

– Coldefy M., Leroux I., 2007, « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2003 », *Document de travail*, Série études, DREES, à paraître.

#### ■ Sources

Rapports annuels de secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, DREES. Cette enquête réalisée tous les trois ans auprès des secteurs de psychiatrie couvre la totalité du champ de l'activité des secteurs. L'exploitation la plus récente concerne l'année 2003.

Cartographie des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, DREES – INSEE. INSEE, Recensement général de la population 1999 et estimations localisées de population.

tableau 1 ● évolution de la file active des secteurs de psychiatrie générale selon les modes de prise en charge

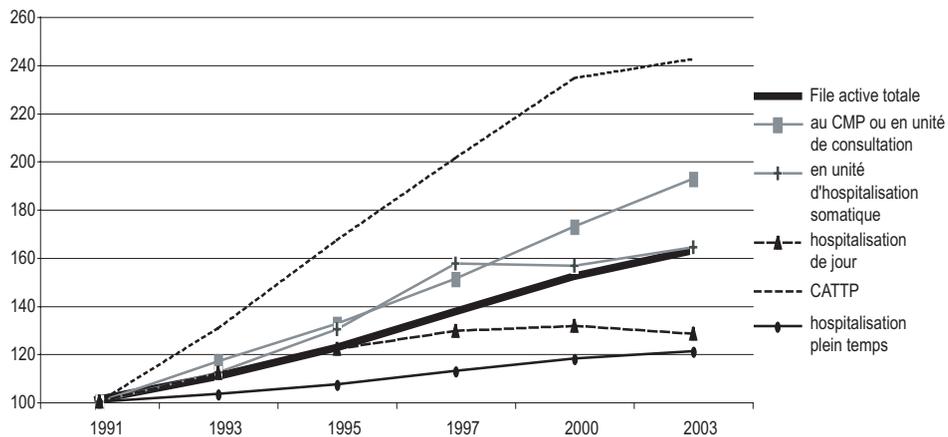
	1991	1993	1995	1997	2000	2003	Évolution 1991-2003
	patients	patients	patients	patients	patients	patients	en %
<b>File active totale*</b>	759644	832681	923136	1036049	1148354	1228495	61,7%
<b>Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année en ambulatoire</b>	<b>597123</b>	<b>686173</b>	<b>779128</b>	<b>895307</b>	<b>980251</b>	<b>1051036</b>	<b>76,0%</b>
dont au moins une fois :							
- au CMP ou en unité de consultation	417808	488370	552794	631554	722011	804909	92,7%
- à domicile	116267	112145	116007	120236	119554	108471	-6,7%
- en institution substitutive au domicile	60376	65760	70626	77574	78714	76049	26,0%
- en unité d'hospitalisation somatique	132957	148929	173108	209243	207984	218318	64,2%
<b>Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année à temps partiel</b>	<b>75760</b>	<b>88915</b>	<b>106082</b>	<b>115610</b>	<b>125460</b>	<b>116299</b>	<b>53,5%</b>
dont au moins une fois :							
- en hospitalisation de nuit	6782	7458	7731	8361	7118	6098	-10,1%
- en hospitalisation de jour	36554	40906	44546	47279	48050	46883	28,3%
- au CATT	28400	37083	47446	57126	66538	68837	142,4%
- en atelier thérapeutique	6332	5728	6021	6663	5457	4822	-23,8%
<b>Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année à temps complet</b>	<b>258473</b>	<b>267831</b>	<b>280296</b>	<b>292743</b>	<b>305863</b>	<b>310699</b>	<b>20,2%</b>
dont au moins une fois :							
- en hospitalisation plein temps	249764	258124	267943	281876	294483	301925	20,9%
- en centre de post-cure ou de réadaptation	1289	2044	1792	1771	1796	1323	2,6%
- en appartement thérapeutique	1209	1309	1399	1280	1839	1172	-3,1%
- en accueil familial thérapeutique	3006	3816	3720	3628	3091	2590	-13,8%
- en hospitalisation à domicile	1148	1413	1494	1210	1151	1090	-5,1%

\* Un patient pouvant être pris en charge dans différentes structures, la somme des files actives ambulatoire, temps partiel et temps complet est supérieure à la file active totale.

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES - Rapports de secteurs de psychiatrie générale

graphique 1 ● évolution en base 100 des principaux modes de prise en charge dans les secteurs de psychiatrie générale



Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES - Rapports de secteurs de psychiatrie générale

## ● La psychiatrie sectorisée *suite*

(CATTP) avec près de 69 000 patients suivis ainsi en 2003 (6 % de la file active). En 15 ans, l'accueil en CATTP a été multiplié par trois et demeure, en 2003, la seule modalité de prise en charge à temps partiel à poursuivre sa croissance.

311 000 patients ont été suivis à temps complet en 2003 (dont 97 % en hospitalisation à temps plein), soit 25 % de la file active. Le nombre de patients pris en charge continue de croître légèrement mais ce mode de prise en charge est moins répandu que par le passé (34 % de la file active en 1991). Parmi les patients pris en charge à temps complet, 45 % ne connaissent que cette modalité d'intervention. Cela soulève la question de la continuité des soins.

### Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile : 464 000 enfants vus en 2003

Les équipes des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont vu au moins une fois dans l'année 2003, 464 000 enfants et adolescents, soit 82 % de plus qu'en 1991 (voir tableau 2 et graphique 2).

Le taux de recours en France s'établit à 33 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en 2003, contre 16 pour 1 000 en 1991, et varie dans un rapport de 1 à 7<sup>2</sup> selon les secteurs. Les taux de recours plus élevés observés dans la moitié sud de la France (voir carte 2) paraissent en partie liés à l'offre de soins disponible, plus abondante et diversifiée.

### La prise en charge des enfants est presque exclusivement ambulatoire

97 % des jeunes patients sont pris en charge en ambulatoire, principalement en CMP, mais d'autres modalités se sont fortement développées depuis 1991 (voir tableau 2) : interventions dans les unités somatiques des centres hospitaliers (maternité, pédiatrie, urgences), en milieu scolaire et dans les instituts médico-éducatifs (IME). Cependant, entre 2000 et 2003, ces deux derniers modes d'intervention ont enregistré une baisse de leur file active.

43 000 enfants et adolescents ont été suivis à temps partiel en 2003 selon diverses modalités, un enfant pouvant être pris en charge sous plusieurs modalités de soins à temps partiel : 18 000 en hôpital de jour, 24 000 en CATTP. Ces deux modalités sont en forte hausse depuis 1991 (respectivement +49 % et +260 %).

La prise en charge à temps complet ne concerne que 3 % de la file active totale. Le nombre d'enfants hospitalisés à temps plein (9 000 en 2003) a fortement augmenté depuis 2000 (+36 %), alors qu'il était resté stable depuis le début des années 1990. ■

2. Données écartées de 1 % aux deux extrémités de la distribution.

## Les différents modes de prise en charge en psychiatrie sectorisée

### ■ Les prises en charge ambulatoires

— Les centres médico-psychologiques (CMP) sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires. Ils sont également chargés de coordonner les visites à domicile ou en institutions substitutives au domicile (structures médico-sociales, établissements pénitentiaires, milieu scolaire...) effectuées par les équipes soignantes.

— Les interventions en unité d'hospitalisation somatique peuvent prendre deux formes : présence psychiatrique aux urgences et psychiatrie de liaison dans des services d'hospitalisation autres que psychiatriques permettant une prise en charge globale de l'état de santé du patient.

### ■ Les prises en charge à temps partiel

— L'hospitalisation de nuit permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale de nuit, et le cas échéant, en fin de semaine. Elle s'adresse à des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais qui ont besoin d'une prise en charge la nuit et le week-end.

— L'hospitalisation de jour fournit des soins polyvalents et intensifs durant la journée. Cette prise en charge peut se faire durant tout ou partie de la journée, au cours d'un ou de quelques jours par semaine. Les protocoles thérapeutiques sont individualisés et révisés périodiquement pour éviter la chronicisation et préparer la réinsertion dans le milieu de vie.

— Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. La prise en charge est plus discontinue et moins médicalisée qu'en hôpital de jour.

— Les ateliers thérapeutiques utilisent des techniques de soins particulières, notamment de groupes ergothérapeutiques, en vue d'un réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale à partir de la pratique d'activités artisanales, artistiques ou sportives.

### ■ Les prises en charge à temps complet

— Les hospitalisations à temps plein constituent le mode « traditionnel » de prise en charge des malades dans un hôpital. Les patients sont placés sous surveillance 24 heures sur 24 dans des lieux de soins. Ses indications principales sont en principe réservées aux situations aiguës et aux malades les plus difficiles et les plus lourds.

— Les centres de post-cure sont des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs et les traitements nécessaires à la réadaptation.

— L'appartement thérapeutique est une unité de soins à visée de réinsertion sociale, mise à disposition de

quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnel soignant.

— L'accueil familial thérapeutique a pour but de permettre le traitement de malades mentaux de tous âges dans des familles d'accueil lorsque le maintien ou le retour à domicile ne paraît pas souhaitable ou possible. Il s'adresse à des patients pour qui une prise en charge sociale et affective est indispensable en complément du suivi thérapeutique.

— Les services d'hospitalisation à domicile (HAD) en psychiatrie organisent des soins réguliers au domicile du patient, lui permettant de redécouvrir les gestes de la vie quotidienne dans son cadre habituel et garantissant la continuité des soins.

tableau 2 ● évolution de la file active des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile selon les modes de prise en charge

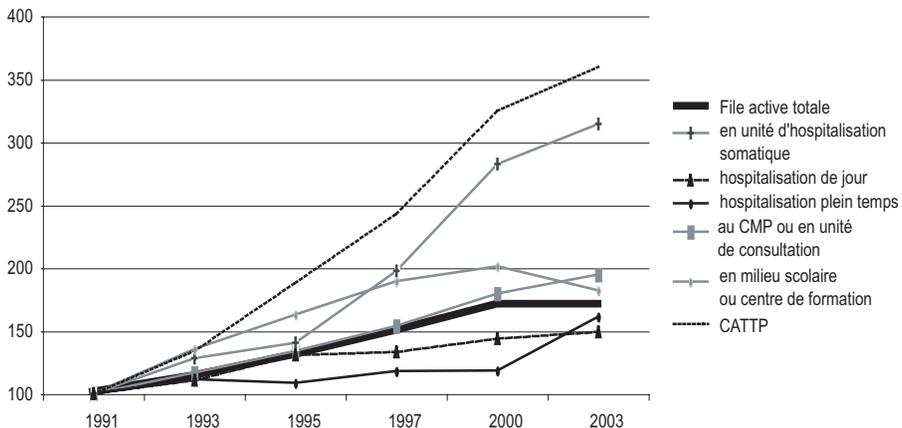
	1991	1993	1995	1997	2000	2003	Évolution 1991-2003
	patients	patients	patients	patients	patients	patients	en %
<b>File active totale*</b>	<b>254 679</b>	<b>288 081</b>	<b>330 947</b>	<b>379 672</b>	<b>432 317</b>	<b>464 105</b>	<b>82,2</b>
<b>Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année</b>							
<b>en ambulatoire</b>	<b>235 382</b>	<b>261 105</b>	<b>310 024</b>	<b>364 577</b>	<b>418 032</b>	<b>451 085</b>	<b>91,6</b>
dont au moins une fois :							
- au CMP ou en unité de consultation	212 029	247 314	283 856	326 260	381 153	413 173	94,9
- à domicile	11 177	11 346	10 646	11 149	10 040	8 367	-25,1
- en institution substitutive au domicile	2 266	2 521	2 097	2 233	2 437	2 945	30,0
- en unité d'hospitalisation somatique	9 181	11 778	12 898	18 143	25 938	28 871	214,5
- en établissement médico-éducatif	2 928	4 094	4 552	4 967	5 632	5 439	85,8
- en PMI	8 232	5 538	7 623	10 177	8 426	7 610	-7,6
- en milieu scolaire ou centre de formation	14 659	19 858	23 888	27 736	29 518	26 695	82,1
<b>Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année à temps partiel</b>							
	<b>20 945</b>	<b>27 398</b>	<b>29 697</b>	<b>37 732</b>	<b>41 099</b>	<b>43 105</b>	<b>105,8</b>
dont au moins une fois :							
- en hospitalisation de nuit	196	260	320	470	478	279	42,3
- en hospitalisation de jour	12 337	13 650	16 136	16 431	17 704	18 376	49,0
- au CATTTP	6 717	8 992	12 626	16 322	21 821	24 160	259,7
<b>Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année à temps complet</b>							
	<b>7 642</b>	<b>8 635</b>	<b>8 967</b>	<b>9 825</b>	<b>10 251</b>	<b>12 626</b>	<b>65,2</b>
dont au moins une fois :							
- en hospitalisation plein temps	5 587	6 225	6 058	6 593	6 608	8 999	61,1
- en accueil familial thérapeutique	803	846	963	1 008	1 052	879	9,5
- en hospitalisation à domicile	548	527	515	568	483	396	-27,7

\* Un patient pouvant être pris en charge dans différentes structures, la somme des files actives ambulatoire, temps partiel et temps complet est supérieure à la file active totale.

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES – Rapports de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

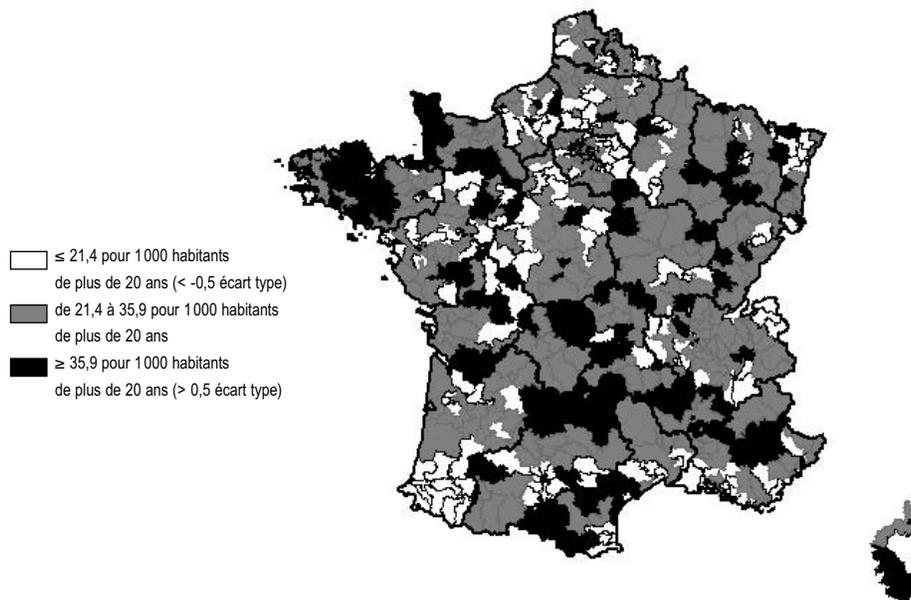
graphique 2 ● évolution en base 100 des principaux modes de prise en charge dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile



Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES - Rapports de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

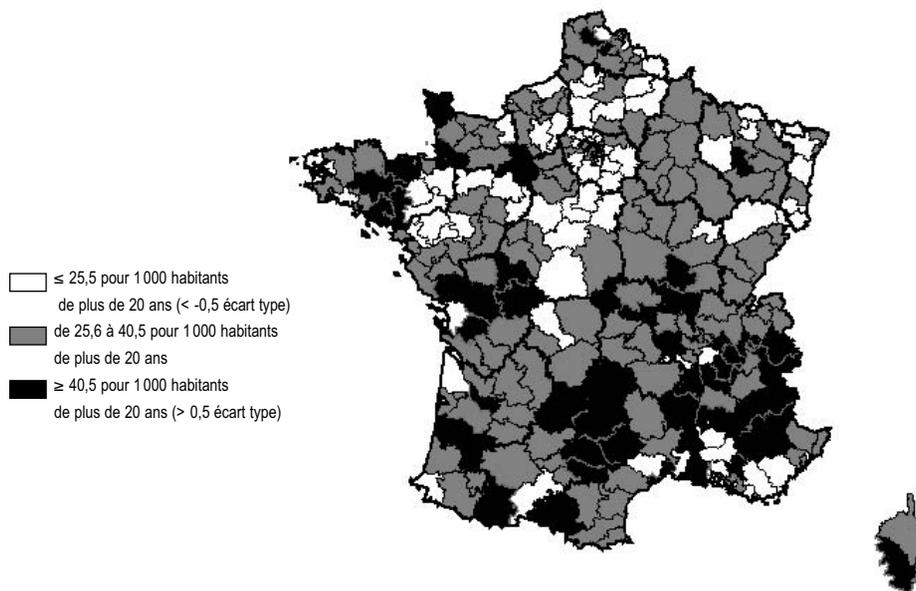
carte 1 ● **taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale en 2003**



Champ : France métropolitaine

Sources : DREES - Rapports de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, 2003, INSEE-RP 1999

carte 2 ● **taux de recours aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2003**



Champ : France métropolitaine

Sources : DREES - Rapports de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile 2003, INSEE-RP 1999

# 6

## **La situation économique du secteur**

- La part des établissements de santé dans la consommation de soins
  - L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées
  - L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées
- Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé

## ● La part des établissements de santé dans la consommation de soins

*Avec 67 milliards d'euros en 2005, le secteur hospitalier (établissements hospitaliers publics et privés) représente 44,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,4 % de la consommation totale des ménages. La consommation de soins hospitaliers évolue au même rythme que la consommation totale de soins et de biens médicaux.*

### 67 milliards d'euros en 2005 pour la consommation de soins hospitaliers

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour, moyen séjour et psychiatrie donne lieu à une dépense de soins, qui s'élève en 2005 à 67 milliards d'euros (voir tableau 1). À la différence des autres fiches, dans les comptes de la santé en base 2000, le secteur hospitalier ne comprend pas l'hospitalisation de longue durée (souvent appelée long séjour). La part de la consommation de soins hospitaliers dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux tend à diminuer : elle est passée de 48,6 % en 1995 à 44,5 % en 2005. Pour la situer dans l'ensemble de l'économie, la consommation de soins hospitaliers représente 5,4 % de la consommation totale des ménages en 2005. Cette part a augmenté de 0,2 point depuis 2000 (voir graphique 2).

Dans le secteur public hospitalier, qui comprend les établissements publics et les établissements privés anciennement sous dotation globale, la consommation de soins s'élève à 52 milliards d'euros. Elle croît de 3,3 % en valeur en 2005, ce qui marque un fléchissement par rapport à l'année précédente (+5,1 %).

Dans le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées, la consommation de soins s'est élevée à 15,1 milliards d'euros en 2005. Elle se compose de 10,3 mil-

liards d'euros de frais de séjour et 4,8 milliards d'honoraires de médecins, d'analyses, de médicaments et de prothèses implantées à l'occasion d'une hospitalisation complète. Contrairement au secteur public, la croissance en valeur observée en 2005 (+5,6 %) est supérieure à celle de 2004 (+4,7 %).

### Un financement presque exclusif par l'assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers : 92,5 % en 2005 contre 77,1 % pour l'ensemble de la consommation de soins et biens médicaux (voir tableau 2). Une large majorité des séjours donnent en effet lieu à une facturation sans ticket modérateur compte tenu de la cotation des actes pratiqués, de leur motivation par une affection de longue durée ou de leur durée. L'intervention des autres financeurs est très faible : ainsi les organismes complémentaires ne contribuent que pour 3,9 % à la prise en charge des dépenses hospitalières, contre 12,9 % du total de la consommation de soins et de biens médicaux. Leur intervention correspond principalement à la prise en charge du « forfait hospitalier », non couvert par l'assurance maladie, ou d'une partie de celui-ci. ■

#### ■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint à la consommation de soins hospitaliers des établissements de santé des secteurs public et privé, en 2005, en France métropolitaine et dans les DOM. Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (soins de longue durée et soins en maisons de retraite) ainsi que les consultations externes (comptabilisées en soins ambulatoires) sont exclues.

#### ■ Définitions

– **Soins hospitaliers** : ensemble des services (soins et hébergement) fournis par les hôpitaux du secteur public et par les hôpitaux du secteur privé (lucratif ou non).

Dans les Comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs ne repose pas sur leur statut juridique mais sur leur mode de financement ; en particulier, les établissements privés participant au service public hospitalier font partie du secteur public.

#### – Consommation de soins et de biens médicaux :

elle représente la valeur totale des biens et services médicaux consommés sur le territoire national – y compris les DOM – par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins individuels. Elle est évaluée grâce aux financements, d'origine publique ou privée, qui en sont la contrepartie.

#### ■ Pour en savoir plus

– Fenina A. et Geoffroy Y., 2006, « Les comptes nationaux de la santé en

2005 », *Études et Résultats*, n° 505, juillet, DREES.

– Fenina A. et Geoffroy Y., 2006, Comptes nationaux de la santé 2005, *Document de travail*, série statistiques, n° 100, DREES.

#### ■ Sources

Compte de la santé, qui est un compte satellite des Comptes de la Nation ; depuis 2004, les comptes sont établis selon une nouvelle base des comptes nationaux (base 2000).

tableau 1 ● consommation de soins hospitaliers et consommation de soins et biens médicaux (en millions d'euros)

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Consommation de soins et biens médicaux</b>	98 032	115 121	121 730	129 548	137 883	144 983	150 595
Consommation de soins hospitaliers, dont :							
soins hospitaliers en secteur public	47 625	52 669	54 763	58 024	61 502	64 566	67 040
soins hospitaliers en secteur privé	35 467	40 802	42 567	45 095	47 851	50 279	51 952
<b>Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et biens médicaux</b>	48,6%	45,8%	45,0%	44,8%	44,6%	44,5%	44,5%

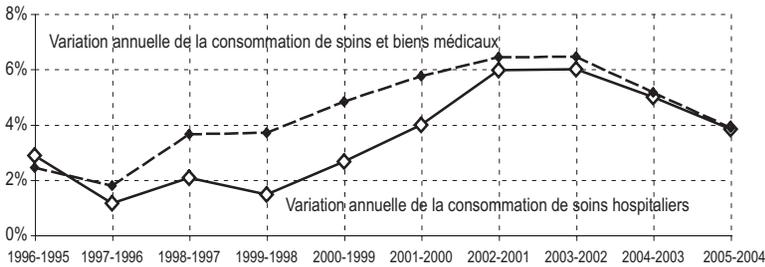
Champ : France métropolitaine et DOM  
Sources : DREES - Comptes de la santé (base 2000)

tableau 2 ● structure de financement en 2005 (en %)

	Consommation de soins et biens médicaux	Consommation de soins hospitaliers
Sécurité sociale	77,1	92,5
État et collectivités locales	1,3	1,1
Mutuelles	7,3	2,0
Sociétés d'assurances	3,1	1,0
Institutions de prévoyance	2,5	0,9
Ménages	8,7	2,5
<b>Ensemble</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

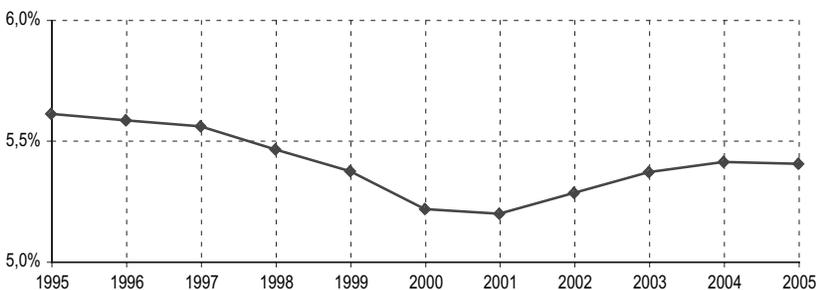
Champ : France métropolitaine et DOM  
Sources : DREES - Comptes de la santé (base 2000)

graphique 1 ● évolution annuelle de la consommation de soins hospitaliers et de la consommation de soins et biens médicaux (en %)



Champ : France métropolitaine et DOM  
Sources : DREES - Comptes de la santé (base 2000)

graphique 2 ● part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation des ménages



Champ : France métropolitaine et DOM  
Sources : DREES - Comptes de la santé (base 2000)

## ● L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées

*En 2004, l'activité des cliniques privées correspondait à un tiers des entrées en hospitalisation complète et à un quart des venues en hospitalisation partielle. La hausse de leur chiffre d'affaires cette année-là a été de 7,7% après une croissance de 8,6% en 2003 et de 7,7% en 2002. Cette augmentation est notamment liée à l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), pour laquelle le chiffre d'affaires a crû de 7,9% entre 2003 et 2004.*

*Cette hausse générale du chiffre d'affaires des cliniques privées est à la fois liée à celle de l'activité et celle des tarifs.*

### Une croissance importante du chiffre d'affaires

Les 780 cliniques étudiées en 2004 ont généré un chiffre d'affaires total de 7 151 millions d'euros. Parmi elles, la moitié connaissent une augmentation de leur chiffre d'affaires supérieure à 5,1%, 1/4 à 9,6% et 1/10 à 18,4%.

La croissance de leur chiffre d'affaires cette année-là est notamment soutenue par celle du secteur MCO (+7,9%) (voir tableau et graphique).

Au sein de ce secteur, le chiffre d'affaires des cliniques médicales progresse de 10,7%, celui des cliniques chirurgicales de 5,6%, et celui des polycliniques de 8,3%. En revanche celui des maternités reste quasiment stable (+0,4%).

Les cliniques qui n'ont pas d'activité de MCO ont également connu en 2004 une forte augmentation de leur chiffre d'affaires (+6,3%). Au sein de ces établissements ceux spécialisés en soins de suite et de réadaptation ainsi que les centres de dialyse connaissent une évolution importante et presque similaire (respectivement +7,6% et +7,8%); par contre les établissements spécialisés en psychiatrie connaissent une évolution plus limitée (+3,7%).

Tous secteurs confondus, les grandes cliniques (chiffre d'affaires supérieur à 12 millions d'euros) ont vu leur chiffre d'affaires aug-

menter de 9,3% en 2004 après une augmentation de 9,9% en 2003. Pour les cliniques de taille moyenne (dont le chiffre d'affaires est compris entre 6 et 12 millions d'euros), et les petites cliniques (chiffre d'affaires inférieur à 6 millions d'euros), les taux de croissance sont presque identiques, mais moins soutenus que l'année précédente, et ont atteint respectivement 5,7% et 5,6%.

### Une augmentation du chiffre d'affaires principalement liée aux hausses tarifaires

L'activité, mesurée par le nombre d'entrées et de venues, a augmenté moins vite que le chiffre d'affaires global entre 2003 et 2004 (+2,7% pour l'ensemble des 780 cliniques prises en comptes et +3,3% pour celles spécialisées en MCO). Le ratio du chiffre d'affaires rapporté à l'activité a donc crû de 4,3% sur cette période, passant de 1 241 euros en 2003 à 1 293 euros par « entrée ou venue » en 2004.

La croissance de l'activité n'explique donc pas la totalité de l'augmentation du chiffre d'affaires des cliniques privées. La hausse des tarifs y contribue également de façon significative en 2004: l'accord annuel national entre l'État et les organisations représentatives des établissements de santé privés a ainsi induit une hausse tarifaire de 4,4%. ■

### ■ Champ

Les comptes des cliniques sont transmis aux tribunaux de commerce, mais parfois avec retard. Les données de 2004 sont relatives aux 834 cliniques, en France métropolitaine et dans les DOM, dont les comptes sont disponibles et ont pu être croisés avec l'activité, via l'enquête SAE 2004. Au final, seules 780 cliniques étaient présentes à la fois en 2003 et en 2004 (champ constant). Les cliniques qui ne rentrent pas dans le champ sont souvent des cliniques de petite taille, dont les comptes n'étaient pas encore disponibles au moment de l'étude. Cela implique un biais de sur-représentation pour les cliniques de grande taille. Le croisement avec la SAE est effec-

tué afin de conserver dans le champ de l'étude uniquement les cliniques privées qui œuvrent dans le champ sanitaire.

Le taux de croissance du chiffre d'affaires a été estimé sur le champ constant.

### ■ Définitions

– **Chiffre d'affaires (CA)**: montant des affaires réalisées par l'entreprise avec les tiers dans l'exercice de son activité professionnelle normale et courante. C'est le principal indicateur comptable de la situation de l'entreprise.

– **Le secteur de MCO** comprend toutes les cliniques dont l'activité principale est la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique. Ces cliniques peuvent

être soit monodisciplinaires (M, C ou O), soit des polycliniques pratiquant deux ou trois de ces activités. Dans cette fiche, nous parlons de polyclinique dès lors que l'établissement comporte au moins deux disciplines de soins différentes.

– **Le secteur hors MCO** comprend tous les établissements dont l'activité principale ne relève pas des disciplines de MCO. Il s'agit des cliniques psychiatriques, des cliniques de soins de suite et de réadaptation, des centres de dialyse et de deux établissements de long séjour.

### ■ Pour en savoir plus

– Le Rhun B. et Legendre M.-C., 2006, «L'évolution de la situation économique et financière des cliniques

privées entre 2003 et 2004», *Études et Résultats*, n° 498, juin, DREES.

– L'Observatoire Économique des Cliniques Privées Françaises du CTC Conseil, en partenariat avec la FHP, «L'économie des cliniques privées en 2004».

### ■ Sources

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

tableau ● évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées

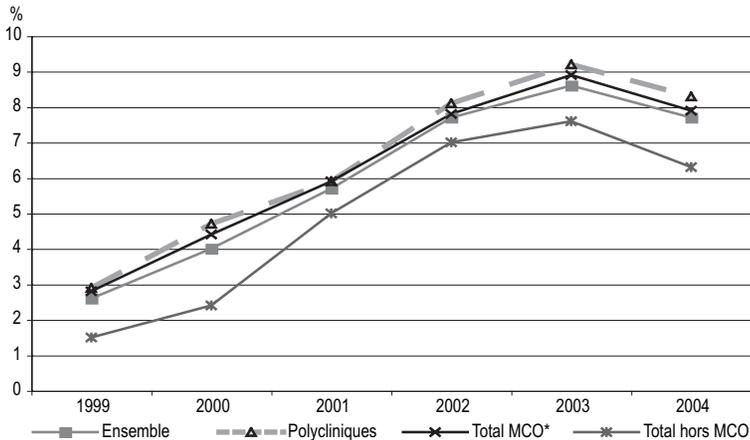
	Entreprises répondantes en 2004		Évolution en % par rapport à l'année précédente (cliniques présentant les deux années)				
	Nombre de cliniques	Chiffre d'affaires total (en millions d'euros)	2000	2001	2002	2003	2004
<b>MCO*</b>							
Polycliniques	310	4955	4,7	5,9	8,1	9,2	8,3
Médecine	32	200	5,3	9,6	10,6	14,3	10,7
Chirurgie	137	943	2,9	5,0	6,5	6,9	5,6
Obstétrique	9	46	5,1	9,8	7,1	7,4	0,4
Total MCO	488	6 143	4,4	5,9	7,8	8,9	7,9
<b>Hors MCO</b>							
Soins de suite et réadaptation	175	742	2,4	7,1	7,6	9,3	7,6
Psychiatrie	117	462	2,5	2,0	5,3	5,3	3,7
Dialyse	31	144	0,3	3,5	5,8	7,9	7,8
Divers	23	51	5,8	5,0	6,6	2,0	7,6
Total hors MCO	346	1 398	2,4	5,0	7,0	7,6	6,3
<b>TOTAL</b>	<b>834</b>	<b>7 541</b>	<b>4,0</b>	<b>5,7</b>	<b>7,7</b>	<b>8,6</b>	<b>7,7</b>
dont CA des cliniques :							
de moins de 6 millions d'euros	410	1 359	5,6	3,6	6,6	7,5	5,6
de 6 à 12 millions d'euros	239	2 032	2,9	5,0	6,2	7,2	5,7
de plus de 12 millions d'euros	185	4 150	3,8	7,7	9,3	9,9	9,3

\* MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2004, calculs DREES

graphique ● progression du chiffre d'affaires selon la catégorie d'établissements



\* MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 1999-2004, calculs DREES

## ● L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées

*La rentabilité économique des cliniques privées continue d'augmenter en 2004, suite notamment à l'amélioration de la marge d'exploitation. Elle atteint 1,8% du chiffre d'affaires cette année-là. Le taux de rentabilité économique reste plus élevé pour les cliniques de petite taille ainsi que pour le secteur hors médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).*

### Une légère hausse de la rentabilité d'exploitation en 2004

En 2004, la rentabilité d'exploitation des cliniques, correspondant au surplus dégagé par la confrontation entre les produits et les charges liés à l'activité et mesurée par le taux de marge brute d'exploitation (excédent brut d'exploitation/chiffre d'affaires), augmente de 0,6 point pour atteindre 5,6% du chiffre d'affaires (CA) (voir tableau 1). Cette hausse s'explique d'abord par une forte augmentation du chiffre d'affaires (CA), qui compense, d'un côté, la diminution de la part des achats et charges externes, des frais de personnel et, de l'autre, la stabilité de la part de la fiscalité liée à l'exploitation. La diminution de la part des salaires bruts de 0,6 point (32,4% du chiffre d'affaires en 2004) prolonge celle de l'année précédente. Elle fait plus que compenser la hausse de 0,3 point de la part des charges sociales (13% du chiffre d'affaires en 2004) et conduit ainsi à une réduction de la part des frais de personnel. La croissance de la masse salariale ralentit quant à elle (5,3% entre 2003 et 2004, contre 6,4% entre 2002 et 2003). La stabilité de la part de la fiscalité, enfin, est à la fois due à celle des subventions d'exploitation et à celle des impôts, taxes et versements assimilés.

La hausse de l'excédent brut d'exploitation se combine à une réduction des dotations nettes aux amortissements, qui ne cessent de décroître depuis 1998, et aboutit à une hausse de 0,8 point du résultat d'exploitation. Celui-ci a atteint 3,6% du chiffre d'affaires en 2004. Le résultat financier quant à lui diminue légèrement (-0,1 point). Ceci s'explique par une diminution de 0,3 point des produits financiers que la baisse des charges financières, amorcée en 2002, ne compense pas. Le résultat courant, qui correspond à la somme des résultats d'exploitation et financier, augmente de 0,7 point. Il faut par ailleurs souligner la légère hausse (+0,1 point) du résultat exceptionnel, qui résulte d'une baisse des charges exceptionnelles plus importante que celle des produits exceptionnels.

Au final, la rentabilité économique, mesurée par le ratio résultat net/chiffre d'affaires, qui résulte de l'ensemble de ces éléments, s'accroît assez fortement en 2004 pour atteindre 1,8% du chiffre d'affaires. Cette progression est le signe de l'amélioration générale du compte de résultat et en particulier du résultat d'exploitation. Elle prolonge la hausse de l'année 2003 (1,3% du chiffre d'affaires).

### ■ Champ

Les données 2004 sont relatives aux 834 cliniques privées, en France métropolitaine et dans les DOM, dont les comptes ont été transmis aux tribunaux de commerce et ont pu être croisés avec l'activité (via l'enquête SAE 2004). Le croisement avec la SAE est effectué afin de conserver dans le champ de l'étude uniquement les cliniques privées qui œuvrent dans le champ sanitaire.

### ■ Définitions

– **Achats et charges externes**: ils comprennent notamment la sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-bail, les loyers, l'entretien et les primes d'assurances.

– **Chiffre d'affaires (CA)**: voir fiche précédente.

– **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.

– **Rentabilité économique (résultat net/CA)**: elle représente la capacité de l'entreprise à dégager un résultat en utilisant l'ensemble de ses moyens. Elle permet d'analyser la part de la production d'un exercice qui pourra être mobilisée lors des exercices suivants, notamment pour les investissements.

– **Résultat courant**: somme des résultats des activités d'exploitation et financière.

– **Résultat exceptionnel**: solde des

### Les petits établissements sont plus rentables

En 2004, la rentabilité économique de la moitié des cliniques est supérieure à 2,2%, valeur médiane supérieure de 0,3 point à celle de 2003. Pour 1/10 des établissements, les bénéfices représentent plus de 9,7% du chiffre d'affaires. À l'opposé, 23% des cliniques ont une rentabilité économique négative et, pour 10% d'entre elles, elle est inférieure à -4,9%. Les petites cliniques (CA inférieur à 6 millions d'euros) déclarent la rentabilité économique la plus élevée (3% du chiffre d'affaires, soit 1,1 point de plus qu'en 2003). La progression de la rentabilité économique bénéficie également aux moyennes (CA compris entre 6 et 12 millions d'euros) et grandes cliniques, mais de manière plus modérée (respectivement de +0,5 point à 1,8% et +0,4 point à 1,4% du chiffre d'affaires) (voir graphique et tableau 2).

La hausse de la rentabilité économique des cliniques observée en 2004 touche à la fois le secteur MCO (+0,7 point pour atteindre un taux de 1,2%) et celui hors MCO (+0,2 point pour atteindre 4,5%). L'écart entre les cliniques pratiquant des activités de MCO et les autres cliniques, plus rentables, se réduit donc pour la troisième année consécutive.

Au sein du secteur MCO, la rentabilité économique des polycliniques reste, avec 1% du chiffre d'affaires, proche du taux moyen du secteur et son évolution en est assez proche en 2004. Parmi les polycliniques, ce sont les grandes qui enregistrent le plus fort taux de rentabilité (1,3% du chiffre d'affaires). Les polycliniques de taille moyenne déclarent un taux nul alors que les petites connaissent la plus forte fluctuation: leur rentabilité s'établit à 0,4% en 2004 après une perte de -6,2% du chiffre d'affaires en 2003. Par ailleurs la situation des cliniques spécialisées en obstétrique se dégrade avec un taux de rentabilité économique qui s'établit à -2%, alors que celle des cliniques chirurgicales progresse pour se situer à 2,2% du chiffre d'affaires. En dehors du secteur MCO, la progression du taux de rentabilité varie selon la spécialité. Ainsi, le secteur psychiatrique déclare un taux de 4,4%, inférieur de 0,5 point à celui de 2003, alors que les secteurs de dialyse et des soins de suite et de réadaptation enregistrent des augmentations. ■

produits et des charges exceptionnels.

– **Résultat net**: solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

– **Taux de marge brute d'exploitation (EBE/CA)**: il représente la performance de l'entreprise, indépendamment des politiques financière, d'amortissement et de distribution des revenus.

### ■ Pour en savoir plus

– Le Rhun B. et Legendre M.-C., 2006, «L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2003 et 2004», *Études et Résultats*, n° 498, juin, DREES.

– Le Rhun B. et Legendre M.-C., Povedin M., Villeret S. (avec la collaboration de Martin M.), 2006, «Indi-

cateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2004», *Études et Résultats*, n° 489, mai, DREES.

– L'Observatoire Économique des Cliniques Privées Françaises du CTC Conseil, en partenariat avec la FHP, «L'économie des cliniques privées en 2004».

### ■ Sources

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

tableau 1 ● compte de résultat des cliniques privées

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Nombre d'entreprises incluses</b>	<b>1117</b>	<b>1042</b>	<b>1023</b>	<b>980</b>	<b>937</b>	<b>834</b>
<b>CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN (en millions )</b>	<b>5,9</b>	<b>6,5</b>	<b>6,7</b>	<b>7,5</b>	<b>8,3</b>	<b>9,0</b>
Achats et charges externes (en % du CA)	-42,8%	-43,6%	-44,2%	-43,9%	-43,8%	-43,5%
dont						
- Achats consommés	-17,5%	-17,4%	-17,6%	-17,5%	-17,3%	-17,6%
- Autres achats et charges externes	-25,5%	-26,1%	-26,6%	-26,5%	-26,4%	-26,0%
- Variation de stocks	0,2%	-0,1%	0,1%	0,1%	-0,1%	0,1%
<b>Frais de personnel (en % du CA)</b>	<b>-44,9%</b>	<b>-44,7%</b>	<b>-45,9%</b>	<b>-46,5%</b>	<b>-45,8%</b>	<b>-45,4%</b>
dont						
- Salaires bruts	-32,0%	-32,7%	-33,7%	-33,9%	-33,0%	-32,4%
- Charges sociales	-12,9%	-12,0%	-12,2%	-12,6%	-12,7%	-13,0%
<b>Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)</b>	<b>-6,4%</b>	<b>-6,4%</b>	<b>-6,3%</b>	<b>-4,8%</b>	<b>-5,6%</b>	<b>-5,6%</b>
dont						
- Impôts, taxes et versements assimilés	-6,5%	-6,5%	-6,4%	-6,0%	-5,9%	-5,9%
- Subvention d'exploitation	0,1%	0,1%	0,2%	1,2%	0,3%	0,3%
<b>EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)</b>	<b>5,9%</b>	<b>5,3%</b>	<b>3,6%</b>	<b>4,8%</b>	<b>5,0%</b>	<b>5,6%</b>
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-3,4%	-3,2%	-3,0%	-2,9%	-2,5%	-2,1%
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,1%
<b>RÉSULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)</b>	<b>2,9%</b>	<b>2,5%</b>	<b>1,0%</b>	<b>2,4%</b>	<b>2,8%</b>	<b>3,6%</b>
<b>Résultat financier</b>	<b>-0,4%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>-0,5%</b>	<b>-0,4%</b>	<b>-0,2%</b>	<b>-0,3%</b>
dont						
- Produits financiers	0,7%	0,8%	0,7%	0,6%	0,8%	0,5%
- Charges financières	-1,1%	-1,1%	-1,2%	-1,0%	-1,0%	-0,8%
<b>RÉSULTAT COURANT (exploitation + financier)</b>	<b>2,5%</b>	<b>2,2%</b>	<b>0,5%</b>	<b>2,0%</b>	<b>2,6%</b>	<b>3,3%</b>
<b>Résultat exceptionnel (en % du CA)</b>	<b>-0,1%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,5%</b>	<b>0,1%</b>	<b>0,2%</b>
dont						
- Produits exceptionnels	1,9%	3,0%	2,4%	2,7%	1,9%	1,8%
- Charges exceptionnelles	-2,1%	-2,3%	-1,8%	-2,1%	-1,8%	-1,6%
<b>Participation des salariés (en % du CA)</b>	<b>-0,3%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>-0,2%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>-0,3%</b>	<b>-0,4%</b>
<b>Impôts sur les bénéfices (en % du CA)</b>	<b>-1,2%</b>	<b>-1,3%</b>	<b>-0,9%</b>	<b>-1,0%</b>	<b>-1,1%</b>	<b>-1,3%</b>
<b>RÉSULTAT NET (en % du CA)</b>	<b>0,9%</b>	<b>1,3%</b>	<b>0,1%</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1,8%</b>

Note de lecture : les achats et charges externes représentent 43,5% du chiffre d'affaires. Le signe (-) devant les pourcentages signifie qu'il s'agit de charges, qui sont déduites du chiffre d'affaire. Le signe (+) ou (-) pour les résultats dépend de la différence entre les produits et les charges. Attention, des différences apparaissent entre la somme de pourcentages et le résultat réel, cela à cause des arrondis à un chiffre après la virgule. Champ : France métropolitaine et DOM. Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 1999-2004, calculs DREES

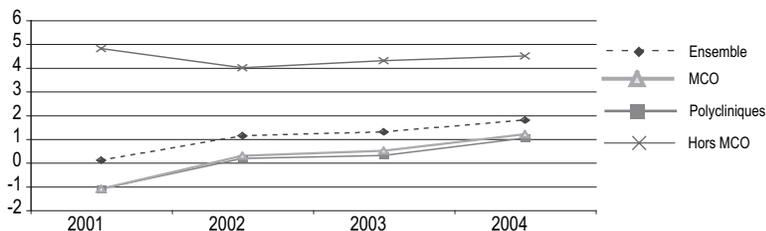
tableau 2 ● rentabilité économique selon la catégorie d'établissement (en % du chiffre d'affaires)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Ensemble</b>	0,9	1,3	0,1	1,1	1,3	1,8
Polycliniques	0	0,4	-1,1	0,2	0,3	1,0
Médecine	1,4	1,1	1,1	1,2	1,1	1,5
Chirurgie	0	0,1	-1,2	0,5	1,1	2,2
Obstétrique	1	3,3	0,6	-1,7	1,1	-2,0
<b>Total MCO</b>	0,1	0,4	-1,1	0,3	0,5	1,2
Soins de suite et de réadaptation	3,0	2,5	3,7	3,1	4,1	4,9
Psychiatrie	5,2	6,4	4,0	4,4	4,9	4,4
Dialyse	8,3	20,7	17,1	7,7	4,5	4,7
Divers	4,1	0,7	1,3	3,7	2,3	-0,5
<b>Total hors MCO</b>	4,3	5,3	4,8	4,0	4,3	4,5

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 1999-2004, calculs DREES

graphique ● évolution de la rentabilité économique selon la catégorie d'établissements



Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2001-2004, calculs DREES

## ● Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé

La DREES a étudié, sur le champ des établissements publics et privés hors dotation globale, un certain nombre d'indicateurs de suivi économique et financier. La comparaison de ces indicateurs doit être analysée avec prudence compte tenu de spécificités sectorielles.

La tarification à l'activité (T2A) a été mise en place progressivement dans les établissements publics de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et, à partir du 1<sup>er</sup> mars 2005, elle a été mise en œuvre à taux plein pour l'ensemble des cliniques privées MCO. Afin d'analyser certaines des conséquences de cette nouvelle tarification, il semble essentiel d'assurer un suivi économique et financier régulier des établissements. C'est pourquoi la DREES a rassemblé, dans le cadre du comité d'évaluation de la T2A, un certain nombre d'indicateurs qui offrent une grille de lecture commune aux secteurs public et privé, sans pour autant occulter les différences de logique qui les traversent. Les indicateurs sont calculés sur deux champs, les hôpitaux publics et les cliniques privées, à partir des règles propres aux deux systèmes de comptabilité. Les indicateurs retenus ont été calculés sur les années 2002, 2003 et 2004, «point zéro» au démarrage de la T2A.

### L'exploitation

Les produits bruts retracent la production d'une structure sur une période donnée<sup>1</sup>. En termes de niveau, les ordres de grandeur de cet indicateur diffèrent à l'évidence largement entre les deux secteurs (voir tableau). Les produits bruts du secteur public atteignent, en 2004, près de 52 milliards d'euros, contre près de 7 milliards d'euros pour l'échantillon des cliniques privées<sup>2</sup>. En termes d'évolution, les produits bruts du secteur hospitalier ont progressé sensiblement entre 2002 et 2004, mais plus fortement pour les cliniques privées (autour de 8 % de croissance annuelle sur la période) que pour les hôpitaux publics (environ 5,5 %).

À titre illustratif mais non directement comparatif, dans la mesure où les produits et charges du secteur privé ne comprennent pas les honoraires des médecins libéraux, le nombre de séjours (entrées et venues) réalisés dans les hôpitaux publics en 2004 est de 13,6 millions contre 6,8 millions pour le secteur privé hors dotation globale. Le nombre de journées d'hospitalisation s'élève quant à lui, en 2004, à 87,8 millions pour les hôpitaux publics, contre 28,6 millions pour le secteur privé hors dotation globale.

### ■ Champ

Établissements publics et privés hors PSPH (participant au service public hospitalier) en France métropolitaine et dans les DOM. Les indicateurs du secteur public sont calculés à partir des données exhaustives de résultat et de bilan des établissements de santé de statut public. Ces données, issues de la Direction générale de la comptabilité publique (DGCP), sont disponibles à la fin de l'année n + 1 pour l'année n. Elles ont été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE), afin de conserver dans le champ de l'étude uniquement les établissements sanitaires. Le nombre total d'établissements publics de santé considérés s'élève ainsi à 1 033 en 2002 et 1 031 en 2003 et 2004. Les indicateurs des cliniques privées lucratives sont calculés à partir d'un échantillon – issu de la base Diane – de 739 établissements (sur plus de 1 300 cliniques privées sous Objectif quantifié national (OQN) en 2004) dont les données de l'année n sont disponibles au

début de l'année n + 2. L'échantillon correspond aux cliniques privées lucratives pour lesquelles les comptes sont disponibles à la fois en 2002, 2003 et 2004, auprès des tribunaux de commerce, et qui ont pu être croisés avec la SAE. Il représente 55 % en nombre et près de 70 % en termes de chiffre d'affaires : cet écart démontre que les cliniques dont les données ne sont pas analysées sont en moyenne de plus petite taille.

### ■ Définitions

– **Chiffre d'affaires (CA)** dans le secteur privé et **produits** dans le secteur public : montant des affaires réalisées par l'établissement avec les tiers dans l'exercice de son activité professionnelle normale et courante. La définition comptable est : comptes 70.

– **Produits bruts** : ils retracent la production d'une structure sur une période donnée. La définition comptable est : comptes 70 + 71 (production stockée) + 72 (production immobilisée).

### La valeur ajoutée

La valeur ajoutée (VA) offre une mesure de l'importance économique des établissements en termes de richesse produite. À nouveau, le poids des établissements publics (38 milliards d'euros en 2004) apparaît nettement plus important que celui du secteur privé (moins de 4 milliards d'euros sur l'échantillon en 2004). En revanche, et au même titre que les produits bruts, la VA des cliniques progresse plus rapidement sur la période (autour de 9 %) que celle des hôpitaux publics (autour de 5 %).

Le taux de valeur ajoutée permet d'évaluer le degré d'intégration de l'activité des établissements et de recourir à des prestataires externes tel que la sous-traitance. Les établissements publics ont, en moyenne, un taux de VA d'environ 74 %. Il est supérieur à celui des cliniques privées (presque 57 %), ce qui suggère une différence d'organisation générale de l'activité, l'appel à la sous-traitance ou l'externalisation étant plus courants dans le secteur privé que dans le secteur public. Le taux de VA a toutefois tendance à diminuer dans le secteur public (-0,7 point entre 2002 et 2004) alors qu'il tend à s'accroître dans le secteur privé (+0,6 point).

### La rentabilité économique

La rentabilité économique permet d'analyser la part de production d'un exercice qui pourra être mobilisée lors des exercices suivants, notamment pour les investissements. La rentabilité économique du secteur privé est de 1,8 % en 2004, en augmentation de 0,7 point sur deux années. Celle des hôpitaux publics retrouve en 2004 son niveau de 2002 (0,9 %), après avoir diminué en 2003. Il s'avère nécessaire de considérer avec grande prudence ce concept de rentabilité économique dans le secteur public (voir encadré). ■

1. Les produits bruts comprennent en plus des produits, qui correspondent au chiffre d'affaires (CA) des cliniques, les productions stockées et immobilisées. Ces derniers sont négligeables par rapport aux produits.

2. Le chiffre d'affaires total de l'ensemble des cliniques est estimé à partir de l'OQN et des comptes nationaux de la santé, à 10 milliards d'euros.

– **Rentabilité économique** : elle permet d'analyser la part de la production d'un exercice qui pourra être mobilisée lors des exercices suivants, notamment pour les investissements. La définition comptable est : [(comptes de la classe 7 (produits) - 6 (charges)) / compte 70].

– **Valeur ajoutée (VA)** : elle se calcule par la différence entre le chiffre d'affaires (ou les produits) et les achats et charges externes. Sa définition comptable est : comptes 70 + 71 (production stockée) + 72 (production immobilisée) - 60 (achats et variations de stocks) - 61 (services extérieurs) - 62 (autres services extérieurs).

### ■ Pour en savoir plus

– Le Rhun B. et Legendre M.-C., 2006, «L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2003 et 2004», *Études et Résultats*, n° 498, juin, DREES.  
– Le Rhun B. et Legendre M.-C., Podelin M., Villeret S. (avec la collaboration

de Martin M.), 2006, «Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2004», *Études et Résultats*, n° 489, mai, DREES.

– Carrasco V., Coldefy M., Deroin C., Lombardo P., Thomson E., 2005, «L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle», *Études et Résultats*, n° 456, décembre, DREES.

### ■ Sources

Données concernant les établissements publics de la Direction générale de la comptabilité publique (DGCP). Comptes des cliniques privées transmis aux tribunaux de commerce (via Diane). La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité (entrées et journées en hospitalisation complète, séances...) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau ● indicateurs

	PUBLIC (exhaustif)				
	2002	2003	Évolution 2002/2003	2004	Évolution 2003/2004
Produits bruts (M€)	46 561	49 238	5,7%	51 799	5,2%
Valeur ajoutée (M€)	34 625	36 423	5,2%	38 152	4,7%
Taux de valeur ajoutée (en % des produits)	74,4%	74,0%	-0,4	73,7%	-0,3
Rentabilité économique (en % des produits)	0,9%	0,5%	-0,4	0,9%	0,4
	PRIVÉ (échantillon de 739 cliniques)				
	2002	2003	Évolution 2002/2003	2004	Évolution 2003/2004
Produits bruts (M€)	5 847	6 354	8,7%	6 833	7,5%
Valeur ajoutée (M€)	3 272	3 570	9,1%	3 865	8,3%
Taux de valeur ajoutée (en % du CA)	56,0%	56,2%	0,2	56,6%	0,4
Rentabilité économique (en % du CA)	1,1%	1,2%	0,1	1,8%	0,6

Note de correspondance entre certaines notions :

Produits bruts = (CA ou produits) + production stockée + production immobilisée.

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DGCP pour le secteur public, Diane pour le secteur privé, calculs DREES

### LES INDICATEURS DOIVENT ÊTRE INTERPRÉTÉS AVEC PRUDENCE

La grille de lecture commune proposée dans cette fiche ne gomme pas les spécificités sectorielles. La lecture et l'interprétation fine des indicateurs retenus diffèrent d'ailleurs souvent d'un secteur à l'autre. En effet, les hôpitaux publics se situent dans le cadre du service public, alors que les cliniques sont des entreprises privées de services de santé, ce qui induit des différences de vocabulaire et de concepts. En outre, sur la période considérée, le financement du secteur public relevait majoritairement de la dotation globale, tandis que celui du secteur privé était fondé sur un système mixte, à la journée et à l'acte, dont les dépenses sont régulées par l'objectif quantifié national (OQN). Ces caractéristiques sous-tendent des logiques de gestion budgétaire et financière différentes.

Dans cette fiche, il a été choisi d'expliquer trois indicateurs : les produits bruts, la valeur ajoutée ainsi que la rentabilité économique. Les deux premiers concepts peuvent, sans trop de difficultés, être comparés entre secteurs sans que cela soit préjudiciable à l'analyse. Toutefois, les produits bruts correspondent en grande partie pour les établissements publics à la dotation globale. Le lien entre celle-ci et l'activité n'est pas strictement établi. La dotation globale finance *ex ante* les charges de l'établissement, et les produits bruts ne sont pas parfaitement assimilables à un chiffre d'affaires permettant une comparaison avec celui des cliniques. L'analyse de la rentabilité économique pour le secteur public doit également être menée avec prudence. En effet, les contraintes liées à la comptabilité publique (gestion de l'équilibre des charges et des produits) et le mode de financement par dotation globale induisent un mode de gestion des hôpitaux publics trop différent pour être rapproché de celui des cliniques privées. Liste des indicateurs de suivi économique et financier étudiés par la DREES (*Études et Résultats*, n° 489) :

- l'exploitation : chiffre d'affaires pour le secteur privé et produits pour le secteur public, produits bruts (correspondant à la dotation globale de financement), valeur ajoutée, masse salariale, charges de personnel ;
- la rentabilité : excédent brut d'exploitation, résultat net comptable, rentabilité économique, rentabilité financière ;
- l'investissement et son financement : taux de renouvellement des immobilisations, capacité d'autofinancement, rotation des capitaux propres ;
- l'endettement : taux d'endettement, capacité de remboursement, délais de règlement aux fournisseurs, taux de rotation des dettes fournisseurs ;
- le fonds de roulement et la trésorerie : fonds de roulement net global, besoin en fonds de roulement, trésorerie.



# 7

## **Les grandes sources de données sur les établissements de santé**

## ● Les grandes sources de données sur les établissements de santé

### La Statistique annuelle des établissements de santé

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) a été mise en place en 1994 et refondue en 2000. Les objectifs de la refonte de 2000 étaient de mieux rendre compte des facteurs de production, de tenir compte de la mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), d'harmoniser les données du public et du privé et d'améliorer les délais de production et de restitution aux différents acteurs. Depuis cette date, pour les établissements privés et pour les établissements publics de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour permettre une meilleure comparabilité et localiser plus finement les activités et les équipements.

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DOM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins<sup>1</sup>. Sont également inclus les services pénitentiaires des établissements de santé et les secteurs militaires des établissements. Toutefois dans les résultats présentés ici, les données des établissements du service de santé des armées ne sont pas intégrées.

Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- identification, organisation, évolution et structure de l'établissement de santé ;
- équipements et activité ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

Les bordereaux sur les activités de soins sont articulés autour de quatre parties : capacité, activité, équipement et personnel.

La Statistique annuelle des établissements de santé produit deux types de données :

- une base dite « administrative »<sup>2</sup> : elle contient les données déclarées par un établissement ou une entité juridique (données validées par la DRASS ou la CRAM selon les cas) ;
- une base dite « statistique », destinée aux études, à partir des données redressées par la DREES pour corriger les effets de l'absence partielle ou totale de réponse de certains établissements.

### Le Programme de médicalisation des systèmes d'information

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous la tutelle de la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) du Ministère de la santé. Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'ATIH<sup>3</sup> (Agence technique de l'information hospitalière). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il existe dorénavant un recueil PMSI pour les soins de suite ou de réadaptation fonctionnelle (SSR). Le recueil pour l'hospitalisation à domicile se met en

place et il reste expérimental sur la psychiatrie en 2004-2005. Le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), du ou des diagnostics et des actes réalisés pendant le séjour. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit. Les informations fournies dans ce dernier déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour. Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour les diagnostics et la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour les actes. Il est à noter qu'en 2004 la nomenclature de classement des séjours en GHM du PMSI-MCO a évolué. La version des GHM utilisée est la version 7.9, en vigueur depuis 2004. Les données de l'année 2003 ont été recalculées dans cette nouvelle version et peuvent donc différer de celles présentées dans le *Panorama 2003*.

La nomenclature des GHM comportant plus de 600 postes, des regroupements ont été effectués soit en utilisant les catégories majeures de diagnostic (CMD) qui classent les GHM en 28 grands groupes, soit à l'aide de la nomenclature OAP (Outil d'analyse du PMSI), utilisée dans les fiches sur la spécialisation. Cette dernière classification, qui a été élaborée par l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, consiste à regrouper des GHM en « pôles d'activité » homogènes par rapport aux compétences et moyens techniques mis en œuvre ; ils tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (par exemple ophtalmologie, cardiologie...) et de la nature de l'activité.

### Les traitements statistiques effectués sur le PMSI et la SAE

Le PMSI permet dans un premier temps d'identifier quelques établissements non répondants à la SAE et d'en redresser les données. En 2004, ce redressement conduit, par rapport aux données brutes, à une augmentation de 1,6% du nombre de séjours (hors séances). Ce sont essentiellement les établissements privés sous dotation globale qui sont concernés.

Ce redressement effectué, le PMSI contient 98,5% de l'ensemble des journées et venues (hors séances) recensées dans la SAE. Cette différence provient du fait que certains établissements ne décrivent pas de manière exhaustive leur activité de MCO dans le PMSI et que le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité MCO (des hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie...).

Deux types de redressement sont donc effectués : la non-

1. Les activités de soins : assistance médicale à la procréation (AMP) comme celles de transplantation et de prélèvements d'organe qui font l'objet de recueils d'informations distincts ne sont pas concernés.

2. Disponible sur cédérom, avec logiciel d'interrogation auprès de la DREES ou sur internet : <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/>

3. [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)

exhaustivité des réponses du PMSI est d'abord corrigée, établissement par établissement, à partir de la SAE et un calage sur l'activité mesurée dans la SAE est ensuite effectué par strate d'établissements (croisement du mode de financement, du type d'établissement et du département d'implantation). Ces redressements sont indispensables pour permettre la comparaison d'une année sur l'autre des niveaux d'activité en MCO compte tenu de la forte amélioration de la représentativité du PMSI au fil du temps.

### 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 a globalement permis un rapprochement de ces concepts entre le PMSI et la SAE. Sont exclus du PMSI l'ensemble des séances ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés pour lesquels aucun soin particulier n'a été effectué (nouveau-nés restés près de leur mère). Cependant, de légers écarts peuvent exister, en particulier du fait que la SAE mesure les séjours commencés dans l'année, alors que le PMSI concerne les séjours terminés dans l'année. D'autre part, le renouvellement profond de la SAE lors de sa refonte en 2000 rend parfois difficile l'analyse des évolutions de certaines variables.

En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), les données d'activité et les durées de séjour présentées ici proviennent du PMSI. En soins de suite et de réadaptation, ainsi qu'en soins de longue durée, les données proviennent de la SAE. En psychiatrie, une autre source administrative collectée par la DREES, les rapports de secteur, complètent les données de la SAE notamment pour les alternatives à l'hospitalisation. Les durées moyennes de séjour sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de plus de vingt-quatre heures, hors nouveau-nés restés près de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogène avec la SAE.

#### • Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus de 24 heures

Des différences sensibles existent, entre la SAE et le PMSI, dans les critères de répartition des séjours selon les différents modes d'hospitalisation et selon les différentes disciplines.

Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation : on parle d'« hospitalisation complète » lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à 24 heures (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins de 24 heures) et d'« hospitalisation partielle » quand elle mobilise une place autorisée pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie – chirurgie ambulatoire.

Dans le PMSI, le mode d'hospitalisation est défini par la durée constatée du séjour : une durée de séjour inférieure à deux jours classe celui-ci en CMD 24 (séances et séjours de moins de deux jours) quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Une durée supérieure à deux jours correspond automatiquement à un séjour hors CMD 24. Les données présentées ici conservent la définition des années précédentes : seuls les

séjours de moins de un jour sont assimilés à une « hospitalisation partielle », ceux de plus de un jour, à une « hospitalisation complète ».

#### • Classification des séjours selon les disciplines d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données pour la classification des séjours selon les disciplines d'équipement. Pour la répartition entre médecine et chirurgie, dans la SAE, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie ou obstétrique). Un séjour est « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie (même si le patient n'est pas opéré), et « médical » si le lit est catalogué en médecine.

Le PMSI décrit, lui, les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond au calcul de la discipline médico-tarifaire effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affectation se fera en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ». ■

**Dans cette publication les données sur les capacités, quelle que soit la discipline, et les données sur les activités de psychiatrie<sup>4</sup>, de soins de suite et de réadaptation ainsi que de soins de longue durée sont issues de la SAE. Les données sur l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique et les caractéristiques des séjours sont, elles, issues du PMSI-MCO.**

4. Les données sur la psychiatrie sectorisée sont complétées par les données des rapports de secteur (voir fiches relatives à la psychiatrie, p. 64 et p. 68).