

*LES  
ÉTABLISSEMENTS  
DE SANTÉ*

Un panorama pour l'année 2005



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

# LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

## Un panorama pour l'année 2005

Édition 2007  
La Documentation française



Gladis Adaius, Séverine Arnault, Annie Fénina, Arnaud Fizzala, Brigitte Haury, Béatrice Le Rhun, Isabelle Leroux,  
Philippe Lombardo, Catherine Mermilliod, Marie-Claude Mouquet, Sébastien Villeret.

Sous la coordination de :  
Mylène Chaleix et Albane Exertier

Coordination générale et secrétariat de rédaction : Hélène Wang

Maquette : [www.lasouris.org](http://www.lasouris.org)

Rédactrice en chef technique : Élisabeth Hini

Directrice de publication : Anne-Marie Brocas

N° Dicom 07.112

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

<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
● Les établissements de santé dans les DOM: activité et capacité .....	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 dans les secteurs public et privé à but non lucratif .....</b>	<b>41</b>
● Les équipements chirurgicaux .....	42
● L'activité d'anesthésie .....	44
● L'équipement en imagerie .....	46
<b>5 – Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière .....</b>	<b>49</b>
● La naissance .....	50
● L'activité des services d'urgences .....	54
● Les personnels des services d'urgences.....	58
● L'activité des services mobiles d'urgence et de réanimation.....	60
● L'offre hospitalière en psychiatrie .....	62
● La psychiatrie sectorisée .....	66
<b>6 – La situation économique du secteur .....</b>	<b>71</b>
● La part des établissements de santé dans la consommation de soins .....	72
● L'évolution du chiffre d'affaires des cliniques privées .....	74
● L'évolution de la rentabilité économique des cliniques privées .....	76
● Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé.....	78
<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
ATIH :	Agence technique de l'information hospitalière
CATTP :	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CCAM :	Classification commune des actes médicaux
CIM :	Classification internationale des maladies
CH :	Centre hospitalier
CHR :	Centre hospitalier régional
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CLCC :	Centre de lutte contre le cancer
CMD :	Catégorie majeure de diagnostic
CMP :	Centre médico-psychologique
DAC :	Dotation annuelle complémentaire
DAF :	Dotation annuelle de financement
DOM :	Département d'outre-mer
ECN :	Épreuve classante nationale
ETP :	Équivalent temps plein
GHM :	Groupe homogène de malades
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
MIGAC :	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
OAP :	Outil d'analyse du PMSI
ONDAM :	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
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 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, ils 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 ou, 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 confé-

rence-praticiens hospitaliers (MCU-PH) sont des fonctionnaires de l'Éducation nationale. Les praticiens hospitaliers (PH) 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 privés PSPH accueillent majoritairement des salariés; ils peuvent employer

**Statuts et lieux d'exercice des médecins: tableau théorique**

Statuts		Lieux d'exercice et type d'établissement		
		Public	Privé PSPH, dont CLCC	Autre privé
salarié	fonctionnaire	PU-PH et MCU-PH	PU-PH et MCU-PH détachés (2): peu fréquent	
	autre salarié	PH, attachés	salariés de droit privé: situation majoritaire, PH détachés (2)	peu fréquent
profession libérale		non, sauf hôpitaux locaux (1)	peu fréquent (3)	situation majoritaire
en formation		internes	internes	

*Situations particulières:*

(1) Articles R 6141-24 et 6141-25 du code de la santé publique.

(2) Article R 6161-6 du code de la santé publique.

(3) Article R 6161-5 du code de la santé publique.

#### 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, correspondent 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 recueil, 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** sont 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*

des salariés de droit privé ou faire appel à des PU-PH, MCU-PH ou PH par voie de détachement. 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 hospitalière. 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.

Peuvent être titulaires d'autorisation :

- un ou plusieurs médecins, éventuellement associés pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;
- un établissement de santé ;
- 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 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. 62 et « La psychiatrie sectorisée » p. 66).

### 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 d'activité de soins de moyen séjour (SSR), de psychiatrie ou

MODES DE FINANCEMENT LIÉS À LA MISE EN PLACE DE LA T2A		
	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

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), pendant tarifaire des groupes homogène de malades (GHM), 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. 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.

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 (par exemple enseignement, recherche etc.) 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 pratiquant une activité MCO anciennement sous dotation globale ont mis en place la T2A à hauteur de 10 % de leur activité (les 90 % restant financés sous la 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, 35 % en 2006 puis 50 % en 2007. La partie d'activité MCO 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 coefficient 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 autres modes de financement

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 à certains établissements (hôpitaux locaux et établissements militaires et pénitentiaires) ainsi qu'à certaines activités des autres établissements (moyen séjour, psychiatrie ainsi qu'à la part du long séjour financée par la sécurité sociale). L'évolution de la DAF est encadrée par un taux directeur, les dépenses annuelles d'un éta-

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

blissement 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), essentiellement des 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 moyen séjour ainsi que ceux de psychiatrie. Ce régime correspond au taux d'évolution moyen des tarifs et à l'augmentation prévisionnelle des volumes d'activité décidés chaque année dans ce cadre.

### **d. La part des différents financements**

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM),

voté chaque année au parlement, permet de distinguer pour le secteur hospitalier les financements liés à la mise en place de la T2A des autres. L'enveloppe relative au secteur hospitalier (ONDAM hospitalier) concerne à la fois les hôpitaux publics, les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées. En 2005, l'ONDAM hospitalier s'élève à 61,5 milliards d'euros. Il est divisé en plusieurs composantes :

- ✓ une partie liée à la mise en place de la T2A (72 % de l'ONDAM hospitalier), divisée en deux enveloppes :
  - l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de MCO – ODMCO (64 %), y compris la DAC ;
  - les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – MIGAC (8 %).
- ✓ une partie relative aux activités non MCO (champ DAF et OQN), qui ne sont pas concernées par la T2A (28 %). ■

# 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

*Moins de 3 000 établissements assurent un accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel. Parmi eux, et depuis le milieu des années 90, les établissements privés, quel que soit leur statut juridique, ont vu leur nombre se réduire sous l'effet des restructurations qui ont affecté ce secteur. Leur nombre est passé d'environ 2 400 à un peu moins de 1 900 en 2005.*

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 « Cadre juridique et institutionnel » p. 7).

### Moins de 3 000 établissements de santé offrant 444 000 lits et 51 000 places

Au 31 décembre 2005, 2 856 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 moins de 444 000 lits et 51 000 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 France métropolitaine, 107 entités juridiques de dialyse auxquelles sont rattachées 613 antennes.

Depuis le milieu des années 90, le nombre d'établissements s'est continuellement réduit, essentiellement en raison de la disparition d'établissements privés. Ces derniers, quel que soit leur statut juridique, ont vu leur nombre diminuer de près de 470 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.

### Un paysage hospitalier très varié

Parmi les 987 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 ; près de 90 d'entre eux sont spécialisés en psychiatrie. Enfin près de 350 hôpitaux locaux assurent pour l'essentiel une fonction d'accueil et de soins pour personnes âgées (tableau 1).

Les 1 869 établissements privés comportent près de 1 100 établissements à but lucratif, souvent dénommés « cliniques privées », les quelques 800 autres ayant un caractère non lucratif (tableau 2). Environ 800 établissements privés sont spécialisés dans les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, et représentent plus de la moitié des lits et places du secteur. Un peu moins de 800 autres établissements privés sont spécialisés dans le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et le 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. ■

#### ■ Champ

France métropolitaine.

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 (107 entités juridiques auxquelles sont rattachées 613 antennes) et de radiothérapie.

#### ■ 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, une direction et est maîtresse de sa décision. Elle exerce une activité indépendante, perçoit des ressources et gère un patrimoine.

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

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

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

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

– **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement ainsi que la notion de participation au service public hospitalier sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 7.

#### ■ Pour en savoir plus

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

– Collectif d'auteurs DREES, *Les établissements de santé*, coll. « Études et statistiques », DREES. Publications annuelle

(1999, 2001, 2002, 2003, 2004).

– 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., 2005, *L'Hôpital*, coll. « Que sais-je ? », PUF, 2<sup>ème</sup> édition.

– 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'établissements en 2005**

	Entités	Lits	Places
Secteur public (entités juridiques)	987	288 866	31 238
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	29	78 065	6 272
Centre hospitalier (CH)	504	157 815	10 834
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	87	28 954	13 927
Hôpital local	347	22 239	54
Autre établissement public	20	1 793	151
Secteur privé (établissements)	1 869	154 901	19 480
Établissement de soins de courte durée ou pluridisciplinaire	801	80 964	10 340
Centre de lutte contre le cancer	20	2 979	571
Établissement de lutte contre les maladies mentales	242	17 886	4 805
Établissement de soins de suite et de réadaptation	664	45 387	3 682
Établissement de soins de longue durée	112	6 609	24
Autre établissement privé	30	1 076	58
Ensemble	2 856	443 767	50 718

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques

**tableau 2 ● établissements de santé avec capacités d'hospitalisation  
par statut juridique et participation au service public hospitalier en 2005**

	Entités	Lits	Places
Service public hospitalier	1 547	339 383	38 543
Secteur public (entités juridiques)	987	288 866	31 238
Établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH)	560	50 517	7 305
Autres établissements privés	1 309	104 384	12 175
Établissement privé à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier (non PSPH)	257	13 193	2 180
Établissement privé à but lucratif	1 052	91 191	9 995
Ensemble	2 856	443 767	50 718

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques

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

En 2005, 444 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé, soit une diminution de près de 96 000 lits d'hospitalisation en treize ans. En contrepartie, près de 9 000 places d'hospitalisation à temps partiel ont été créées depuis 1994 pour atteindre en 2005 un total de 51 000 places. Ces évolutions sont différenciées selon les secteurs et les statuts juridiques des établissements et accompagnent leur spécialisation. En 2005, 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 2005, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 540 000 à 444 000 (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). 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 : -17 % en 13 ans dans le secteur public, -15 % dans les cliniques privées commerciales et -24 % 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 tournent de plus en plus vers les alternatives à l'hospitalisation

Depuis la seconde moitié des années 80 une transformation des modes de prise en charge est en effet intervenue à la faveur des innovations en matière de technologies médicales et médicalementes, 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 2005, il s'est ainsi créé 8 600 places d'hospitalisation à temps partiel, venant compléter les 42 000 places déjà existantes.

La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différents types d'établissements. En 2005, 45 % 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 (tableau 1). Les établissements privés à but non lucratif regroupent plus de la moitié des capacités d'hospitalisation à temps partiel en moyen séjour, et 18 % des places en psychiatrie. Les hôpitaux publics offrent 80 % des places en psychiatrie ainsi que 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.

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

#### ■ Définitions

– **L'hospitalisation complète** se définit selon la nature de l'unité d'accueil. Il s'agit d'unités hébergeant des patients pour une durée généralement

supérieure à une journée. Elle comprend également dans les données présentées les unités fermées le week-end (hospitalisation dite de week-end).

– **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 2005, 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 » p. 7.

#### ■ Pour en savoir plus

– Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 546, 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 2005 par discipline d'équipement selon le statut de l'établissement**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005
Nombre de lits d'hospitalisation complète en								
Soins de courte durée (MCO)	147 680	-0,6%	19 814	0,1%	56 753	-1,4%	224 247	-0,7%
Psychiatrie	39 017	-0,9%	7 552	-2,6%	10 744	0,7%	57 313	-0,9%
Soins de suite et de réadaptation	37 345	-2,2%	30 263	-0,5%	22 910	2,4%	90 518	-0,5%
Soins de longue durée	64 824	-5,6%	6 081	-7,6%	784	0,0%	71 689	-5,7%
Total	288 866	-2,0%	63 710	-1,3%	91 191	-0,2%	443 767	-1,5%
Nombre de places d'hospitalisation partielle en								
Soins de courte durée (MCO)	8 555	3,9%	1 951	4,8%	8 586	3,5%	19 092	3,8%
Psychiatrie	21 272	0,6%	4 626	-1,6%	268	35,4%	26 166	0,5%
Soins de suite et de réadaptation	1 411	9,8%	2 908	4,3%	1 141	17,9%	5 460	8,3%
Total	31 238	1,9%	9 485	1,4%	9 995	5,7%	50 718	2,5%

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004-2005, données statistiques

**tableau 2 ● évolution du nombre de lits et de places d'hospitalisation de 1992 à 2005 selon le statut de l'établissement**

	Établissements publics				Établissements privés à but non lucratif			
	1992	1994	1998	2005	1992	1994	1998	2005
Nombre de lits d'hospitalisation complète en								
Soins de courte durée (MCO)	177 839	170 503	158 023	147 680	31 770	28 459	23 849	19 814
Psychiatrie	61 538	55 292	47 204	39 017	13 465	12 653	11 547	7 552
Soins de suite et de réadaptation	40 647	39 773	38 296	37 345	34 418	34 667	33 382	30 263
Soins de longue durée	68 277	71 770	75 273	64 824	4 336	5 234	6 324	6 081
Total	348 301	337 338	318 796	288 866	83 989	81 013	75 102	63 710
Nombre de places d'hospitalisation partielle en								
Soins de courte durée (MCO)	nd	5 309	5 842	8 555	nd	1 140	1 461	1 951
Psychiatrie	nd	20 539	21 350	21 272	nd	5 189	5 413	4 626
Soins de suite et de réadaptation	nd	683	884	1 411	nd	2 242	2 326	2 908
Total	nd	26 531	28 076	31 238	nd	8 571	9 200	9 485
	Établissements privés à but lucratif				Ensemble des établissements			
	1992	1994	1998	2005	1992	1994	1998	2005
Nombre de lits d'hospitalisation complète en								
Soins de courte durée (MCO)	75 109	72 010	67 100	56 753	284 718	270 972	248 972	224 247
Psychiatrie	12 976	12 358	10 519	10 744	87 979	80 303	69 270	57 313
Soins de suite et de réadaptation	18 540	19 706	19 669	22 910	93 605	94 146	91 347	90 518
Soins de longue durée	652	817	837	784	73 265	77 821	82 434	71 689
Total	107 277	104 891	98 125	91 191	539 567	523 242	492 023	443 767
Nombre de places d'hospitalisation partielle en								
Soins de courte durée (MCO)	nd	6 065	6 894	8 586	nd	12 514	14 196	19 092
Psychiatrie	nd	169	116	268	nd	25 897	26 796	26 166
Soins de suite et de réadaptation	nd	787	817	1 141	nd	3 712	4 027	5 460
Total	nd	7 021	7 827	9 995	nd	42 123	45 019	50 718

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 1994-2005, données statistiques

## ● L'activité des établissements de santé

*Le secteur hospitalier a pris en charge en 2005 plus de 24 millions de séjours, dont plus de la moitié ont duré moins d'un jour. Ces derniers prennent une part de plus en plus importante dans l'activité de toutes les disciplines, quel que soit le statut 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 2005, plus de la moitié des séjours à l'hôpital durent moins d'un jour

Au cours de l'année 2005, les établissements de santé ont pris en charge 24,2 millions de séjours répartis en 11,5 millions d'hospitalisations à temps complet et 12,7 millions de venues en hospitalisation partielle ou de moins d'un jour (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 87 % 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 %.

Près de 40 % des hospitalisations à temps partiel relèvent de la psychiatrie, secteur dans lequel les alternatives à l'hospitalisation ont été développées depuis les années 70 (voir les fiches « L'offre hospitalière en psychiatrie » p. 64 et « La psychiatrie sectorisée » p. 68). Les soins de courte durée représentent quant à eux 48 % des venues et le moyen séjour près de 13 %.

### 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, pour la deuxième année consécutive, l'activité hospitalière à temps complet se stabilise (-0,1 %). Cette évolution laisse apparaître des disparités selon le statut juridique et la discipline d'équipement. L'activité à temps partiel s'accroît, quant à elle, de plus de 6 %. Cette dernière augmentation est particulièrement sensible en 2005 dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique (+11,3 %) et en moyen séjour (+8,8 %). Elle est plus marquée pour les établissements privés à but lucratif (+15,5 %), que dans le secteur privé à but non lucratif (+3 %) ou les hôpitaux publics (+3,8 %).

En sus de l'activité d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, on comptabilise des traitements et cures ambulatoires, en particulier 4,5 millions de séances de dialyse et 3,5 millions de radiothérapie. Environ 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

14,6 millions de passages en 2005. 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 2005 (-5 %) avec près de 26 millions de journées (tableau 2).

Le nombre de journées d'hospitalisation se stabilise en psychiatrie (-0,1 %). Les soins de courte durée, quant à eux, connaissent une diminution en nombre de journées (-1,3 %) qui contraste avec la stabilisation du nombre de séjours. Le moyen séjour voit son nombre de journées augmenter (+2 %) pour la cinquième année consécutive, après la baisse constatée à la fin des années 90.

### Une structure d'activité qui varie selon le statut des 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 (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 (graphique). Les établissements publics et privés à but non lucratif accueillent la plus grande partie des séjours psychiatriques, notamment à temps partiel. Chaque catégorie d'établissements assure une part presque équivalente des soins de moyen séjour en hospitalisation complète ; les établissements privés à but non lucratif prennent toutefois 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 les fiches « La spécialisation en médecine » p. 34, « La spécialisation en obstétrique » p. 36, « La spécialisation en chirurgie » p. 38). ■

#### ■ Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici est restreint aux activités d'hospitalisations complètes ou partielles des établissements de santé ayant fonctionné en 2005, en France métropolitaine. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à temps complet ou partiel : il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée ici (moins de 0,5 %).

#### ■ Définitions

– **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins d'un jour** : en médecine, chirurgie et obstétrique, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en « hospitalisation de moins d'un jour » 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 (hospitalisation complète ou hospitalisation partielle).  
– **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 » p. 7.

#### ■ Pour en savoir plus

– Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle », *Études et résultats*, n° 546, 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 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 en 2005**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005
<b>Soins de courte durée (MCO)</b>								
- hospitalisation > un jour	6 056 416	1,9 %	803 070	0,0 %	3 119 382	-4,2 %	9 978 869	-0,2 %
- hospitalisation < un jour	2 768 322	7,8 %	483 324	9,3 %	2 838 039	15,3 %	6 089 685	11,3 %
<b>Ensemble</b>	<b>8 824 738</b>	<b>3,7 %</b>	<b>1 286 394</b>	<b>3,3 %</b>	<b>5 957 421</b>	<b>4,2 %</b>	<b>16 068 553</b>	<b>3,9 %</b>
<b>Psychiatrie</b>								
- hospitalisation complète	444 975	-1,3 %	64 972	2,8 %	110 259	0,7 %	620 206	-0,5 %
- hospitalisation partielle	3 902 389	0,3 %	992 619	-0,3 %	70 631	12,3 %	4 965 639	0,4 %
<b>Ensemble</b>	<b>4 347 364</b>	<b>0,1 %</b>	<b>1 057 591</b>	<b>-0,1 %</b>	<b>180 890</b>	<b>5,1 %</b>	<b>5 585 845</b>	<b>0,3 %</b>
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>								
- hospitalisation complète	346 525	2,3 %	258 564	0,3 %	244 015	3,4 %	849 104	2,0 %
- hospitalisation partielle	428 379	12,8 %	846 520	3,6 %	335 481	18,3 %	1 610 380	8,8 %
<b>Ensemble</b>	<b>774 904</b>	<b>7,8 %</b>	<b>1 105 084</b>	<b>2,8 %</b>	<b>579 496</b>	<b>11,5 %</b>	<b>2 459 484</b>	<b>6,3 %</b>
<b>Soins de longue durée</b>								
- hospitalisation complète	35 746	-5,8 %	3 165	-15,2 %	680	2,9 %	39 591	-6,5 %
<b>Total</b>								
- hospitalisation complète	6 883 662	1,7 %	1 129 771	0,2 %	3 474 336	-3,5 %	11 487 770	-0,1 %
- hospitalisation partielle	7 099 090	3,8 %	2 322 463	3,0 %	3 244 151	15,5 %	12 665 704	6,4 %
<b>Ensemble</b>	<b>13 982 752</b>	<b>2,8 %</b>	<b>3 452 234</b>	<b>2,1 %</b>	<b>6 718 487</b>	<b>4,8 %</b>	<b>24 153 473</b>	<b>3,2 %</b>

Champ : France métropolitaine

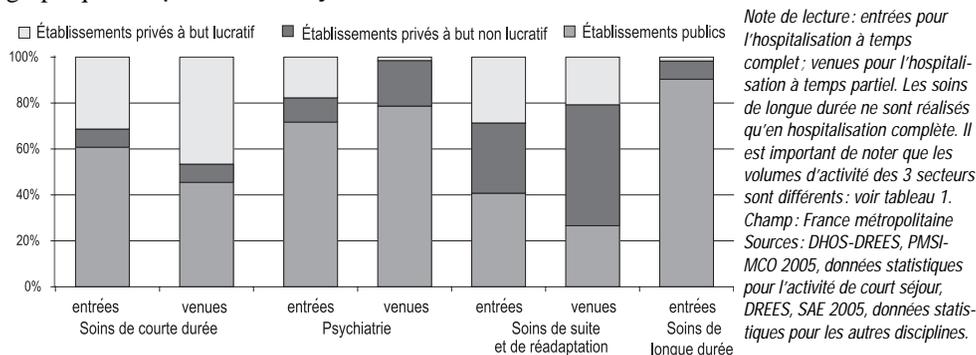
Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004-2005, données statistiques pour l'activité de court séjour, DREES, SAE 2004-2005, données statistiques pour les autres disciplines

**tableau 2 ● nombre de journées d'hospitalisation complète par grand groupe de disciplines selon le statut de l'établissement en 2005**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2005	Évolution 2004/2005	2005	Évolution 2004/2005	2005	Évolution 2004/2005	2005	Évolution 2004/2005
Soins de courte durée (MCO)	39 931 914	0,5 %	4 768 581	-1,3 %	14 535 269	-6,2 %	59 235 764	-1,3 %
Psychiatrie	12 297 889	-0,5 %	2 322 346	-1,4 %	3 832 410	2,2 %	18 452 645	-0,1 %
Soins de suite et de réadaptation	11 649 322	2,1 %	8 728 153	-0,1 %	7 782 430	4,4 %	28 159 905	2,0 %
Soins de longue durée	23 174 520	-5,0 %	2 211 599	-6,6 %	286 515	5,9 %	25 672 634	-5,0 %
<b>Total</b>	<b>87 053 645</b>	<b>-0,9 %</b>	<b>18 030 679</b>	<b>-1,4 %</b>	<b>26 436 624</b>	<b>-2,0 %</b>	<b>131 520 948</b>	<b>-1,2 %</b>

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004-2005, données statistiques pour l'activité de court séjour, DREES, SAE 2004-2005, données statistiques pour les autres disciplines

**graphique ● répartition des séjours en 2005**


## ● Médecins, odontologistes et pharmaciens

En 2005, les établissements de santé comptaient 162 000 emplois médicaux (y compris internes), dont près des deux tiers dans les établissements publics. Après la hausse enregistrée en 2004, les emplois médicaux se stabilisent en 2005 (+0,2%). Comme les années précédentes, la progression du nombre d'emplois salariés se poursuit dans tous les secteurs alors que ceux des professionnels libéraux sont en diminution constante. Cette baisse reflète pour partie les regroupements des établissements, majoritairement privés.

### En 2005, progression des emplois médicaux dans le secteur public et diminution dans les cliniques privées

En 2005, les emplois médicaux des établissements de santé sont au nombre de 162 000 : 100 000 pour les salariés, 42 000 pour les praticiens libéraux et 20 000 pour les internes et assimilés. Le nombre de postes de médecins, odontologistes et pharmaciens salariés augmente de 1,7% alors que celui des praticiens libéraux diminue de 4%. Les internes et assimilés enregistrent la hausse la plus importante (+2,4%) (tableau 1).

Près des 2/3 des emplois médicaux offerts le sont dans les hôpitaux publics, 24% dans les cliniques privées et 11% dans les établissements privés à but non lucratif. Le secteur public enregistre une hausse de l'ensemble de ses emplois de 1,8%. Cette augmentation s'élève à 1,7% pour les médecins salariés et à 2,4% pour les internes. 2 500 professionnels libéraux exercent dans les hôpitaux locaux, soit une augmentation de 2,2% en 2005. Dans le secteur public, les médecins en formation représentent 18% des emplois médicaux. La forte augmentation de leur nombre, depuis 2004, 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 et les étudiants concernés sont toujours en formation en 2005 (*Études et Résultats* n° 429).

Dans les établissements privés à but non lucratif, les emplois médicaux sont légèrement plus nombreux en 2005 qu'en 2004 (+0,9%). Les emplois salariés augmentent de 1,7%, tandis que ceux des libéraux diminuent de 1,7%. Les internes et assimilés enregistrent quant à eux une hausse de 1,8%.

Dans les cliniques privées, les emplois médicaux sont moins

nombreux en 2005 qu'en 2004 (-4,1%). Les emplois salariés ne représentent que 9% des emplois totaux. Leur augmentation ne suffit donc pas pour compenser la baisse du nombre de postes 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 apparente 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) (tableau 3).

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

Près de 60% des emplois de praticiens exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé sont dédiés, à temps plein ou à temps partiel, à la médecine générale et à des spécialités médicales quel que soit le secteur dans lequel ils interviennent. Les spécialités chirurgicales (y compris la gynécologie-obstétrique) mobilisent un poste de médecin sur six dans les établissements publics et privés à but non lucratif et un poste de médecin sur trois dans les cliniques privées (tableau 2), ce qui traduit la spécialisation constatée dans ces établissements (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie » p. 38). Quant à la moindre proportion des emplois de praticiens consacrés 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 inter-universitaires de spécialités) qui sont en formation.

– **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaille 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'in-

formation sur le caractère « exclusif » ou non de l'exercice, c'est-à-dire sur le fait qu'ils interviennent sur un seul établissement ou non (en sus de leur activité en cabinet).

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

– **Spécialité principale d'exercice** : cette notion renvoie à la spécialité reconnue par la Sécurité sociale pour les médecins libéraux et correspond généralement à l'intitulé du poste occupé 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 travail libéral. Les médecins attachés sont des médecins vacataires travaillant à temps partiel (1 à 8 vacations hebdomadaires au 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 T. II, *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et spécialité*.

– Vanderschelden M., 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 », *Études et Résultats*, n° 571, avril, 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.

### ■ 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 ● emplois médicaux exerçant dans les établissements de santé en 2005

	Établissements publics de santé		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens								
Salariés	84 712	1,7%	11 904	1,7%	3 506	1,5%	100 122	1,7%
Libéraux (1)	2 451	2,2%	4 131	-1,7%	35 362	-4,6%	41 944	-4,0%
Total (2)	87 163	1,7%	16 035	0,8%	38 868	-4,1%	142 066	-0,1%
Internes, FFI, DIS (3)	19 088	2,4%	1 206	1,8%	-	-	20 315	2,4%
Total	106 251	1,8%	17 241	0,9%	38 868	-4,1%	162 381	0,2%

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 inter-universitaire de spécialités.

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

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004-2005, données administratives

tableau 2 ● emplois médicaux exerçant en établissement de santé en 2005 selon la spécialité

Spécialité	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Structure en %
Médecine générale	12 802	1 977	1 982	16 761	11,8
Anesthésie réanimation	6 987	1 097	3 323	11 407	8,0
Pédiatrie	3 690	418	700	4 808	3,4
Autres spécialités médicales	27 479	6 239	15 667	49 385	34,8
Gynécologie-obstétrique	3 638	543	1 836	6 017	4,2
Spécialités chirurgicales	11 410	2 443	10 948	24 801	17,5
Biologie médicale	5 112	368	1 252	6 732	4,7
Psychiatrie	7 491	1 580	1 106	10 177	7,2
Pharmaciens	3 038	770	1 195	5 003	3,5
Autres	5 516	600	859	6 975	4,9
Total	87 163	16 035	38 868	142 066	100,0

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2005, données administratives

tableau 3 ● répartition par statut en ETP salariés des emplois médicaux dans les hôpitaux publics en 2005

	2005	Évolution 2004-2005
Emploi total des salariés	84 712	1,7%
ETP des hospitalo-universitaires titulaires*	2 952	1,6%
ETP des praticiens hospitaliers	34 345	4,4%
ETP des assistants	3 714	-7,7%
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	1 907	-0,6%
ETP des attachés	8 695	4,6%
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	4 407	-1,2%
Total des ETP salariés	53 068	2,8%

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

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004-2005, données administratives

## ● Sages-femmes et personnels non médicaux salariés

*Outre les personnels médicaux, le secteur hospitalier public et privé compte, en France métropolitaine, plus d'un million de postes de sages-femmes et de personnels non médicaux, à temps plein ou à temps partiel. Cela représente plus de 960 000 personnes en équivalent temps plein. Ces emplois sont en progression constante depuis plusieurs années, particulièrement dans le secteur public. Toutefois en 2005, cette croissance ralentit dans les établissements publics tandis que les emplois se stabilisent dans les établissements privés.*

### En 2005, les emplois non médicaux continuent d'augmenter dans le secteur public tandis qu'ils se stabilisent dans le secteur privé

En 2005, les sages-femmes et personnels non médicaux salariés dans les établissements de santé représentent 964 000 personnes en équivalent temps plein (ETP), parmi lesquels les 3/4 relèvent des hôpitaux publics. Le 1/4 restant se partage équitablement entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (tableau).

L'effectif de ces personnels est en augmentation par rapport à 2004 dans les établissements publics (+1,4%) alors qu'il stagne dans les établissements privés: +0,4% dans les établissements privés à but non lucratif et -0,2% dans les cliniques privées. Parmi les personnels soignants, les emplois 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 2,3% par an depuis 1997 tandis que celui des aides-soignants augmentait de 1,7%.

### Quatre emplois sur cinq sont occupés par des femmes

Le personnel non médical des établissements de santé français est très féminisé puisque quatre emplois sur cinq sont occupés

par des femmes. Cette féminisation est plus ou moins prononcée selon la catégorie de personnel (graphique 1). Les femmes représentent ainsi seulement 1/3 du personnel technique, mais plus du 3/4 du personnel médico-technique, 88% des infirmières, 89% des aides soignantes et la quasi-totalité des sages-femmes. Dans les cliniques privées, la féminisation est encore plus prononcée: les femmes y occupent 86% des emplois, contre 80% dans les établissements publics et privés à but non lucratif.

### Un emploi salarié sur cinq à temps partiel

En 2005, 21,7% des emplois non médicaux sont à temps partiel. Les femmes y ont trois fois plus recours que les hommes. En effet, 24,9% des emplois féminins sont à temps partiel tandis que ce taux est de 8,3% chez leurs homologues masculins. Ainsi, le fait que quatre emplois non médicaux sur cinq soient féminins explique un recours au temps partiel plus élevé dans les établissements de santé que dans l'ensemble de l'emploi français.

Le recours au temps partiel est moins développé dans les établissements publics (19,4%) que dans les cliniques privées (25,8%) et les établissements privés non lucratifs (31,1%).

Les emplois de psychologues ou de rééducateurs sont deux fois plus souvent à temps partiel que les autres emplois non médicaux (graphique 2). ■

#### ■ Champ

Sages-femmes et personnels non médicaux salariés des établissements de santé de 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 emplois en équivalent temps plein.

– *Les emplois* décomptés corres-

pondent au nombre de personnes employées pour chacun des établissements. *l'équivalent temps plein (ETP)* est calculé dans le tableau présenté 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.

La notion de temps partiel décrite ici diffère de celle utilisée communément. On se place du point de vue de l'établissement de santé. Ainsi, une personne travaillant à 50% dans un établissement et à 50% dans un autre établissement sera comptée comme deux personnes à temps par-

tiel et occupera deux emplois.

#### ■ Pour en savoir plus

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

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

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

– 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'orga-

nisation», *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 2005, emplois en équivalent temps plein (ETP)**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005
Personnels administratifs	84 135	1,9 %	16 802	2,4 %	17 482	0,7 %	118 419	1,8 %
Personnels soignants	517 213	1,4 %	73 658	1,0 %	88 045	-0,2 %	678 915	1,2 %
- sages-femmes	8 375	2,7 %	836	3,0 %	2 111	-3,2 %	11 323	1,5 %
- personnel d'encadrement du personnel soignant	23 316	-0,4 %	3 683	-0,5 %	3 074	-0,9 %	30 072	-0,5 %
- infirmiers (1)	207 066	1,7 %	29 015	1,9 %	36 545	1,0 %	272 626	1,6 %
- aides-soignants (2)	179 726	1,5 %	20 768	1,2 %	26 194	0,0 %	226 688	1,3 %
- agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	78 704	0,5 %	12 969	-0,7 %	17 692	-3,1 %	109 365	-0,2 %
- rééducateurs	12 934	2,1 %	5 066	-0,7 %	2 075	6,6 %	20 075	1,8 %
- psychologues	7 092	5,3 %	1 320	3,8 %	353	14,8 %	8 765	5,4 %
Personnels éducatifs et sociaux	9 800	4,5 %	3 096	-2,7 %	517	10,2 %	13 413	2,9 %
Personnels médico-techniques	35 842	1,1 %	4 975	1,7 %	2 590	7,2 %	43 407	1,5 %
Personnels techniques	88 564	0,3 %	12 713	-5,2 %	8 722	-4,8 %	109 998	-0,8 %
Total	735 553	1,4 %	111 244	0,4 %	117 355	-0,2 %	964 152	1,1 %

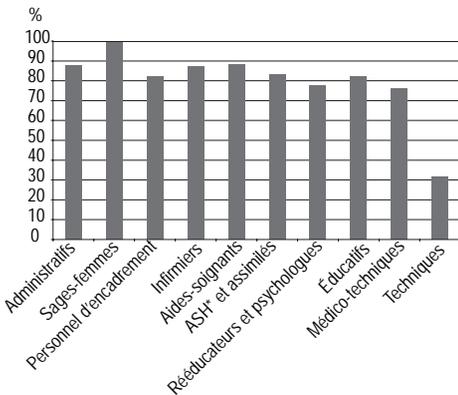
1 - Y compris infirmiers spécialisés et de secteur psychiatrique.

2 - Non compris élèves.

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004-2005, données statistiques

graphique 1 ● **taux de féminisation en 2005**

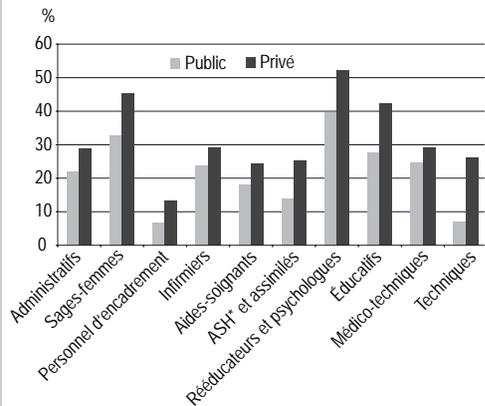


\* ASH : Agents de services hospitaliers.

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques

graphique 2 ● **part du temps partiel dans les secteurs public et privé**



\* ASH : Agents de services hospitaliers.

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques

## ● Les établissements de santé dans les DOM : activité et capacité

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

En 2005, la population des DOM représente près de 3% de la population française, soit 1,8 million de personnes.

La Guyane et La Réunion sont avec la Corse les seules régions françaises à ne pas avoir de centre hospitalier régional (CHR) (tableau 1). Cependant, le décret du 26 avril 2007 prévoit la création d'un tel établissement à La Réunion. De plus ces deux DOM ne disposent pas d'hôpital local. La Guyane est, par ailleurs, la seule région à ne pas détenir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, l'offre publique reposant uniquement sur deux centres hospitaliers généraux.

Les activités de court séjour, psychiatrie, moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et long séjour sont présentes dans les quatre DOM. Cependant, dans chacun des DOM, l'essentiel de l'activité hospitalière, comptabilisée en nombre de séjours (entrées et venues), est constituée par le court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) : celui-ci représente 90% des séjours en Guyane, contre près de 66% à La Réunion et en métropole (tableau 2). Seules 7% des entrées et venues en Martinique relèvent de la psychiatrie, contre plus de 20% à La Réunion et en métropole. Le moyen séjour, quant à lui, est marginal en Guyane alors que partout ailleurs cette proportion est proche ou supérieure à 10%. Le long séjour sanitaire tient une part très faible dans l'activité des DOM tout comme en France métropolitaine.

Le secteur public est prépondérant dans les activités de court séjour, de psychiatrie et de long séjour. La part du public dans l'activité (entrées et venues) est par exemple supérieure à 67% dans tous les DOM en médecine et en obstétrique. La situation est plus partagée pour la chirurgie. Le secteur privé à but lucratif est beaucoup plus présent, notamment pour la chirurgie ambulatoire, et ce quel que soit le DOM. L'offre en moyen séjour est, quant à elle, principalement privée.

### Médecine, chirurgie, obstétrique

La Réunion réalise 124 000 entrées en MCO et dispose de près de 2 000 lits (tableaux 3 et 4). La durée moyenne de séjours y est inférieure à celle de la France métropolitaine (4,5 jours contre 5,4). La Guyane enregistre seulement 34 000 entrées avec 610 lits. La Guadeloupe et la Martinique connaissent une situation intermédiaire, avec respectivement 74 000 et 72 000 entrées.

L'activité d'hospitalisation partielle est moins développée dans

les DOM qu'en métropole en médecine et en chirurgie. En Guyane, la géographie particulière du pays, l'éloignement des villages aux établissements de santé y expliquent la faible part jouée par cette activité. En 2005, il n'y a pas de place en obstétrique, ni en chirurgie ambulatoire. La part de l'hospitalisation partielle y est donc particulièrement faible. Cependant le schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2010 (SROS) recommande la mise en place et le développement d'une activité de chirurgie ambulatoire dans ce DOM.

En matière d'hospitalisation partielle, La Réunion enregistre 43 000 venues pour 150 places. La Guadeloupe et la Martinique ont pris en charge 27 000 et 22 000 venues. Elles disposent respectivement de 120 et 90 places.

### La psychiatrie

La prise en charge de la santé mentale dans les DOM repose essentiellement sur une offre de psychiatrie sectorisée (voir la fiche « La psychiatrie sectorisée » p. 68). Cette dernière présente la particularité d'être exclusivement portée par les hôpitaux publics.

La Réunion est le département où l'activité en hospitalisation partielle est la plus développée (45 000 venues). À l'opposé, la Guyane et la Martinique enregistrent respectivement 2 700 et 6 300 venues.

En hospitalisation complète, La Réunion comptabilise un nombre de lits légèrement supérieur à celui des Antilles (330 contre près de 300). Cependant elle réalise près de 8 000 entrées contre environ 2 300 en Martinique et en Guadeloupe. Cette activité s'explique par une durée moyenne de séjours bien plus faible à la Réunion que dans les autres DOM : 15 jours contre 46 en Martinique et 34 en Guadeloupe.

### Les soins de suite et de réadaptation

En termes de séjours, La Réunion se démarque donc des Antilles avec une très forte activité en hospitalisation partielle. Elle enregistre plus de 30 000 venues contre 9 000 en Martinique et 12 000 en Guadeloupe. En hospitalisation complète, la Martinique enregistre près de 5 000 entrées, la Guadeloupe environ 3 500 entrées, niveau équivalent à celui de La Réunion. ■

#### ■ 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 2005, dans les quatre départements d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation, mais sans capacité d'accueil en hospitalisation à

temps complet ou partiel ; il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie.

#### ■ Définitions

– Pour les notions d'**établissements de santé**, voir la fiche « Les grandes catégories d'établissements de santé » p. 14.

– Pour les notions de **lits** et **places**, d'**hospitalisation complète** et **partielle**, voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital » p. 16.

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

– **Les différents statuts juridiques** des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 7.

#### ■ Pour en savoir plus

– Adaius G., Exertier A., 2007, « L'ac-

tivité des établissements de santé dans les départements d'outre-mer en 2005 », *Études et Résultats*, n° 612, 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 ● établissements de santé par catégorie d'établissements en 2005

	DOM				France métropolitaine
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Secteur public (entités juridiques)	10	12	2	5	987
CHR/CHU	1	1	0	0	29
Centre hospitalier (CH)	6	9	2	4	504
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	1	1	0	1	87
Hôpital local	2	1	0	0	347
Autre établissement public	0	0	0	0	20
Secteur privé (établissements)	12	4	5	14	1869
Établissement de soins de courte durée ou pluridisciplinaire	9	2	4	9	801
Centre de lutte contre le cancer	0	0	0	0	20
Établissement de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	1	242
Établissement de soins de suite et de réadaptation	2	2	1	3	664
Établissement de soins de longue durée	1	0	0	0	112
Autre établissement privé	0	0	0	1	30
Ensemble	22	16	7	19	2856

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques

tableau 2 ● part respective de chaque discipline d'équipement (entrées et venues)

	DOM				France métropolitaine
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
Médecine, chirurgie, obstétrique	73,0%	80,6%	90,2%	65,8%	67,5%
Psychiatrie	15,6%	7,4%	8,4%	21,0%	22,5%
Soins de suite et de réadaptation	11,2%	12,0%	1,3%	13,3%	9,9%
Soins de longue durée	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques

tableau 3 ● activité des établissements de santé et nombre d'habitants en 2005

	DOM				France métropolitaine
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
<b>Entrées en hospitalisation complète</b>					
Médecine, chirurgie, obstétrique	73 584	71 912	33 939	124 195	11 280 495
Psychiatrie	2 390	2 281	886	7 998	620 206
Soins de suite et de réadaptation	3 410	4 903	572	3 550	849 104
Soins de longue durée	246	37	27	25	39 591
<b>Venues en hospitalisation partielle</b>					
Médecine, chirurgie, obstétrique	27 370	21 587	4 338	43 104	5 479 506
Psychiatrie	19 215	6 275	2 671	45 340	4 965 639
Soins de suite et de réadaptation	12 113	9 005	0	30 191	1 610 380
Population au 1 <sup>er</sup> janvier 2005 (en milliers)	444	396	198	775	60 825

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques,

INSEE, estimations localisées de population, au 01/01/2005 (révisées)

tableau 4 ● nombre de lits et places installés au 31 décembre 2005

	DOM				France métropolitaine
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	
<b>Lits : Médecine, chirurgie, obstétrique</b>					
	1 545	1 561	607	1 972	224 247
Psychiatrie	302	290	84	331	57 313
Soins de suite et de réadaptation	441	462	74	334	90 518
Soins de longue durée	347	170	114	79	71 689
<b>Places : Médecine, chirurgie, obstétrique</b>					
	117	86	8	152	19 092
Psychiatrie	173	50	15	303	26 166
Soins de suite et de réadaptation	48	31	0	103	5 460

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques

# 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 un jour 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 2005, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en court séjour a diminué de plus de 60 000, pour atteindre quelques 224 000 lits 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 à but non lucratif, -24 % pour les établissements privés à but lucratif et -17 % 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.

### 19 000 places d'hospitalisation partielle en médecine, chirurgie et obstétrique en 2005

Le développement de l'hospitalisation partielle a été, en contrepartie, spécialement important en MCO. On décompte ainsi un peu plus de 19 000 places dédiées à ce mode de prise en charge en 2005, dont 36 % sont des places d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire dans les établissements privés à but lucratif et 31 % des places de médecine dans les hôpitaux publics (tableau 1).

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

Le nombre de séjours médicaux a progressé de 5,2 % en 2005 pour atteindre 9,4 millions. Cette progression s'observe en particulier dans les établissements privés à but lucratif. Elle est entièrement portée par la hausse de l'activité d'hospitalisation de moins de un jour (+11,3 %) et ce, dans les trois secteurs hospitaliers, alors que l'activité n'augmente que légèrement pour les hospitalisations de plus de un jour (+1 %) (tableau 2).

L'activité de chirurgie (5,4 millions de séjours) s'accroît en 2005 (+2,1 %). Le nombre de venues en chirurgie ambulatoire connaît une hausse importante, de 12,3 %, portée par les trois secteurs, et principalement par les établissements privés à but lucratif (+13,5 %).

Le nombre de séjours classés en obstétrique augmente de 1,8 % après le pic observé en 2000 qui correspond à la reprise de la natalité observée à cette période.

Les activités de médecine et d'obstétrique sont principalement prises en charge par les hôpitaux publics alors que la chirurgie l'est surtout par les cliniques privées (graphique 1).

### Une réduction de la durée moyenne des séjours

La durée moyenne des séjours en hospitalisation complète se réduit de nouveau en 2005, étant désormais de 5,9 jours (tableau 3). C'est dans les services de chirurgie des hôpitaux publics qu'elle est la plus longue (7,4 jours). Par ailleurs, cette dernière reste inchangée par rapport à 2004. Dans les cliniques privées, elle est homogène en médecine et en chirurgie, les établissements privés à but non lucratif occupant, quant à eux, une

position médiane. En obstétrique la durée moyenne de séjour est d'environ 4,9 jours dans tous les établissements quelque soit le statut juridique.

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

La structure des activités de court séjour en 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 (tableau 4). Ainsi en 2005, 15 % des séjours se rapportent à des affections du tube digestif, près de 11 % à des affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique ou à des facteurs influant sur l'état de santé (soins liés aux dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques). Viennent ensuite les affections de l'appareil circulatoire ainsi que les grossesses pathologiques et accouchements, CMD représentant chacune 8 % 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 (23 %), 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 (respectivement 8 et 9 %). 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 publics et privés à but non lucratif est liée à des dépistages, examens de contrôle et suivis thérapeutiques (respectivement 14 et 11 %). Les grossesses pathologiques et accouchements constituent également une part significative de l'activité des établissements publics (voir la fiche « La naissance » p. 50).

### 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, 407 000 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 (tableau 5 et graphique 2). Le

**tableau 1 ● nombre de lits et places installés au 31 décembre 2005  
selon le statut de l'établissement**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	91 168	5 970	9 715	1 085	11 230	1 665	112 113	8 720
Chirurgie	42 247	1 714	8 491	847	39 301	6 892	90 039	9 453
Gynéco-obstétrique	14 265	871	1 608	19	6 222	29	22 095	919
Total	147 680	8 555	19 814	1 951	56 753	8 586	224 247	19 092

Champ : France métropolitaine

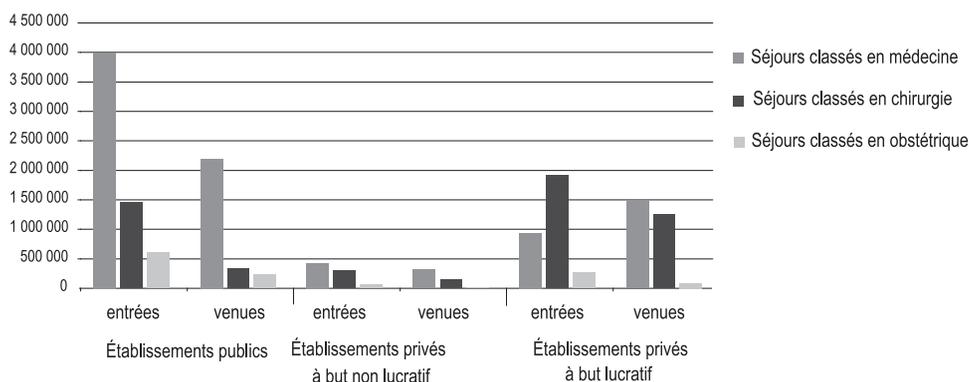
Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques

**tableau 2 ● nombre de séjours en 2005 par discipline d'équipement  
selon le statut de l'établissement**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005	2005	Évolution 2004-2005
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	3 993 619	2,4%	428 940	0,0%	935 095	-3,9%	5 357 654	1,0%
Séjours classés en chirurgie	1 452 901	0,7%	305 090	-0,9%	1 911 019	-4,4%	3 669 010	-2,1%
Séjours classés en obstétrique	609 897	2,0%	69 040	3,9%	273 268	-3,5%	952 205	0,5%
Total	6 056 416	1,9%	803 070	0,0%	3 119 382	-4,2%	9 978 869	-0,2%
Hospitalisation de moins de un jour								
Séjours classés en médecine	2 198 552	8,1%	321 822	8,5%	1 495 423	17,1%	4 015 796	11,3%
Séjours classés en chirurgie	331 639	8,9%	146 351	10,3%	1 255 420	13,5%	1 733 410	12,3%
Séjours classés en obstétrique	238 132	3,3%	15 151	18,1%	87 196	10,7%	340 478	5,7%
Total	2 768 322	7,8%	483 324	9,3%	2 838 039	15,3%	6 089 685	11,3%

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004-2005, données statistiques

**graphique 1 ● répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique  
selon le statut de l'établissement en 2005**


Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques

tableau 3 ● durée moyenne de séjour en 2004 et 2005 selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Hospitalisation de plus de un jour								
Séjours classés en médecine	6,7	6,6	6,2	6,1	4,7	4,6	6,3	6,2
Séjours classés en chirurgie	7,4	7,4	6,0	5,9	4,7	4,6	5,9	5,8
Séjours classés en obstétrique	5,0	4,9	5,1	5,0	5,1	5,0	5,0	4,9
Total	6,7	6,6	6,0	5,9	4,8	4,7	6,0	5,9

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2004-2005, données statistiques

tableau 4 ● répartition des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique par grandes catégories de diagnostic selon le statut de l'établissement en 2005 (en %)

Catégorie majeure de diagnostic (CMD)	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Nombre de séjours	8 824 738	1 286 394	5 957 421	16 068 553
Affections du tube digestif	8,94	16,17	23,35	14,91
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique	9,42	9,17	13,20	10,81
Facteurs influant sur l'état de santé	13,77	10,80	5,92	10,59
Affections de l'appareil circulatoire	8,97	8,33	7,77	8,47
Grossesses pathologiques, accouchements et affections post-partum	9,81	6,62	6,08	8,16
Affections du système nerveux	7,90	5,10	3,19	5,91
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	3,42	4,57	9,53	5,80
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	3,60	6,49	6,24	4,82
Affections de l'œil	2,14	4,30	8,56	4,72
Affections de l'appareil respiratoire	6,29	4,23	1,30	4,26
Affections du rein et des voies urinaires	3,52	2,91	2,99	3,27
Affections de l'appareil génital féminin	2,03	2,87	3,58	2,67
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	3,46	2,42	1,02	2,47
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	3,07	6,21	0,59	2,40
Total des 14 catégories les plus fréquentes	86,34	90,19	93,32	89,26

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, 16 % de celle du secteur privé à but non lucratif et 23 % de celle du secteur privé à but lucratif.

La catégorie majeure 24 (séjours de moins de deux jours) a été ventilée dans les autres catégories.

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques

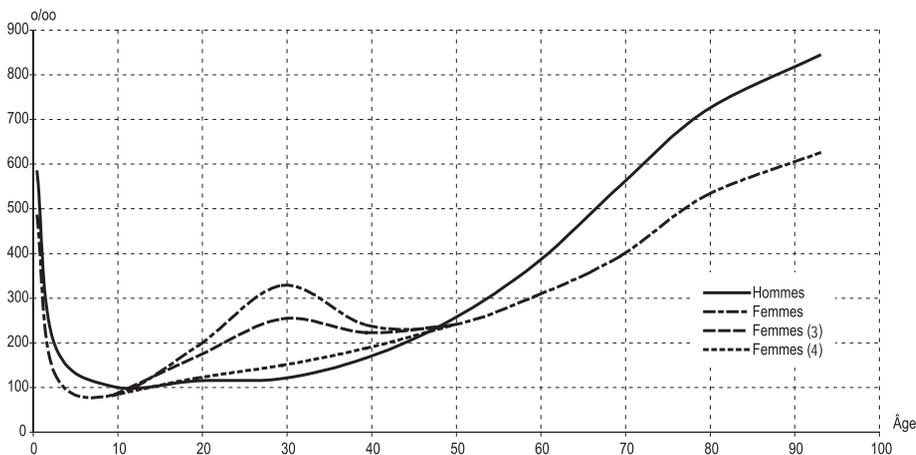
**tableau 5 ● répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique selon le sexe et l'âge des patients en 2005**

Âge	Hospitalisation partielle (- de un jour)		Hospitalisation complète (+ de un jour)		Ensemble des séjours MCO	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Moins de 5 ans	209 687	123 006	330 423	258 195	540 110	381 202
5 à 14 ans	181 308	131 156	198 245	162 025	379 553	293 181
15 à 24 ans	192 028	294 715	263 182	447 373	455 211	742 088
25 à 34 ans	200 841	427 245	279 250	886 606	480 091	1 313 851
35 à 44 ans	315 203	451 862	398 350	592 325	713 553	1 044 187
45 à 54 ans	429 517	456 752	601 675	559 378	1 031 191	1 016 130
55 à 64 ans	487 953	449 523	727 332	563 797	1 215 285	1 013 320
65 à 74 ans	448 728	401 777	829 837	688 965	1 278 565	1 090 742
75 à 84 ans	297 035	335 860	764 285	893 523	1 061 319	1 229 383
85 ans et plus	45 703	74 547	208 171	417 682	253 874	492 229
Ensemble	2 808 003	3 146 443	4 600 750	5 469 869	7 408 753	8 616 312

Champ : Résidents en France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques

**graphique 2 ● taux d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée MCO (1) des établissements de santé en 2005 (2)**



(1) Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.

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

(3) Non compris accouchement unique et spontané (code O80 de la CIM de l'OMS 10<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 : Nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants en France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques

INSEE, Estimations localisées de la population, au 01/01/05 (révisées)

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

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 de 45 à 74 ans ont plus fréquemment recours à l'hospitalisation en MCO que les femmes.

### 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 2005, 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 : 5,7 millions de femmes et 4,5 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 (73%), 17% des patients ont été hospitalisés 2 fois, et 10%, 3 fois ou plus. Les recours multiples à l'hôpital ne touchent pas toutes les classes d'âge de manière uniforme. Ainsi, de 0 à 19 ans, la part des

hospitalisations multiples est relativement stable, aux alentours de 15% (graphique 3). Les plus de 70 ans sont les plus concernés, avec 39% de personnes hospitalisées plus d'une fois.

### 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 (graphique 4). La part de ces établissements diminue progressivement ensuite et s'établit aux alentours de 50/55% pour les patients de 55 à 84 ans. Passé cet âge, les personnes âgées sont traitées dans les 2/3 des cas 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 2005, 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 un jour. 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 2005, 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 p. 83), 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 un jour.

– *Les différents statuts juridiques*

des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 7.

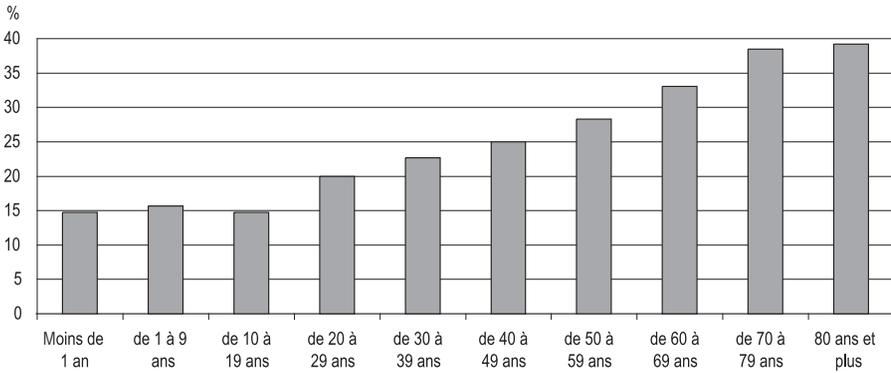
### ■ Pour en savoir plus

– Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 546, 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.

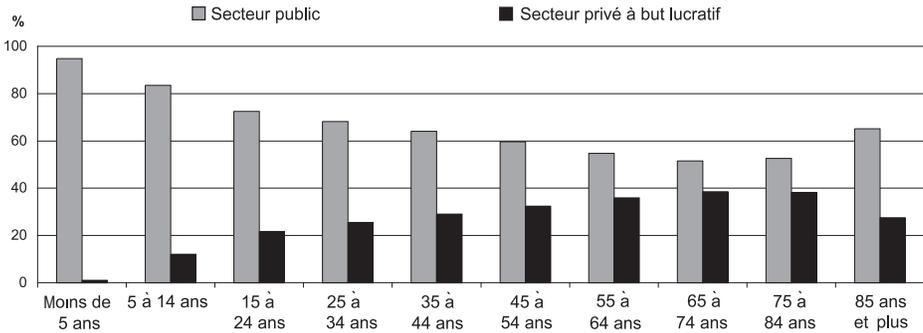
**graphique 3 ● part des personnes hospitalisées plus d'une fois en 2005, par classe d'âge**



Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques

**graphique 4 ● prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2005**



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

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques

## ● La spécialisation en médecine

*La spécialisation des établissements de santé en fonction de leur statut juridique a eu tendance à se poursuivre au cours des dernières années. L'activité de médecine est ainsi prédominante dans les établissements publics, où elle représente 70 % des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), contre 58 % dans les établissements privés à but non lucratif et 41 % 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 2005, 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 (66 %) est prépondérante pour quasiment tous les groupes d'activités, et est supérieure à 75 % pour pratiquement la moitié d'entre eux (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 maladies infectieuses hors VIH. *A contrario*, les hôpitaux publics réalisent seulement 43 % 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 reste l'acte médical le plus fréquemment réalisé par les cliniques privées : elle représente en effet près de la moitié de l'ensemble de leurs activités médicales. 76 % des endoscopies médicales sont réalisées dans le secteur privé à but lucratif, contre 16 % dans le secteur public et 9 % dans le secteur privé à but non lucratif (tableau). Cela explique en partie la prédominance des séjours à temps partiel dans ces établissements : 62 % de leur activité médicale a lieu en ambulatoire (hospitalisation de moins de un jour) contre 43 % dans le secteur

privé à but non lucratif et 36 % dans le secteur public.

Si le traitement des affections cardiaques se fait seulement dans 24 % des cas dans les cliniques privées (contre 69 % dans le secteur public), elles réalisent toutefois 45 % des cathétérismes sans mise en place de stents artériels.

28 % 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 (7 %). Toutefois ces affections sont plus fréquemment prises en charge dans le secteur public (71 %). 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 à but non lucratif se concentre sur le traitement du cancer

Seule 8 % de l'activité médicale relève du secteur privé à but non lucratif, qui comprend notamment les 20 centres de lutte contre le cancer. L'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur les greffes de moelle dont ils assurent 24 % des prises en charge ainsi que sur les pathologies hématologiques (15 %) et les chimiothérapies réalisées en hospitalisation complète (25 %). Les cliniques privées se sont, pour leur part, plutôt spécialisées dans les chimiothérapies ambulatoires (moins de un jour) dont elles réalisent plus de 40 %. ■

#### ■ **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 du PMSI ou OAP, a été réalisée 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 depuis 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 » p. 7.

#### ■ **Pour en savoir plus**

– Audric S., Buisson G. et Hauri 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.

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 ● part de prise en charge des activités médicales selon le statut de l'établissement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2005 (en %)**

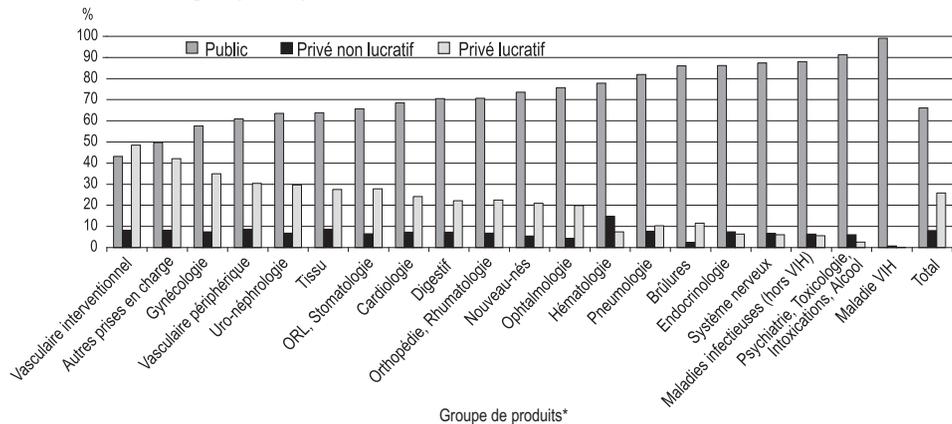
	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Ensemble activité médicale	66,1	8,0	25,9
Appareil digestif, dont :	70,5	7,3	22,3
Affections du tube digestif, hépato-biliaires avec complications majeures	82,8	7,4	9,8
Affections du pancréas (non malignes)	77,0	5,6	17,4
Gastro-entérites et affections du tube digestif	68,1	7,1	24,9
Hépatites alcooliques, cirrhoses	84,5	5,7	9,8
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	73,8	7,7	18,4
ORL, Stomatologie, dont :	65,6	6,6	27,8
Cavité buccale et dents	77,4	5,1	17,6
Infections ORL	78,2	5,0	16,8
Troubles de l'équilibre	84,7	4,2	11,1
Tumeurs malignes	68,1	12,2	19,7
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	52,5	6,9	40,7
Cardiologie, dont :	68,6	7,3	24,1
Cardiopathies, valvulopathies	78,0	7,2	14,8
Cathétérismes artériels cardiaques (hors stents)	47,5	8,0	44,5
Coronaropathies	81,4	6,4	12,3
Troubles du rythme/conduction	70,3	6,9	22,8
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	68,2	7,8	24,0
Affections pulmonaires, dont :	81,9	7,7	10,4
Bronchites et asthme	85,2	6,6	8,3
Embolies pulmonaires et détresses respiratoires	80,4	8,1	11,5
Infections respiratoires	85,1	7,0	7,8
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	79,8	8,0	12,3
Autres prises en charge, dont :	49,7	8,2	42,1
Séjours inférieurs à deux jours*	84,7	7,5	7,8
Signes et symptômes	75,3	7,8	17,0
Intoxications et intoxications médicamenteuses	90,2	4,0	5,8
Suivi thérapeutique	79,5	7,7	12,9
Endoscopies sous anesthésie avec séjours inférieurs à deux jours*	15,6	8,8	75,6

\* 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 2005, données statistiques

**graphique ● part de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le groupe de produits en 2005**



Note de lecture : 61 % de l'activité médicale en vasculaire périphérique est prise en charge par le secteur public, contre 30 % par le secteur privé à but lucratif et 9 % par le secteur privé à but non lucratif.

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

Champ : France métropolitaine

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques

## ● La spécialisation en obstétrique

En 2005, en France métropolitaine, 607 établissements avaient une activité d'obstétrique. Ils ont pris en charge 760 000 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 près des 2/3 de l'activité d'obstétrique et des accouchements (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 70 % de l'ensemble de cette activité, ce qui représente 35 % de leur activité totale en obstétrique, comptée en nombre de séjours.

68 % 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 71 % par les établissements publics.

Les interruptions de grossesse sont réalisées dans 70 % des cas dans le secteur public et représentent 21 % de l'activité obstétricale de ce secteur. Ces interventions donnent en général lieu à des hospitalisations inférieures à deux jours.

En 2005, on comptabilise en France métropolitaine 69 maternités de niveau 3 dont le rôle est de traiter les situations les plus complexes pour la mère et/ou l'enfant ; 215 maternités dites de niveau 2 qui disposent d'un service de néonatalogie, et 323 maternités classées en niveau 1 destinées à prendre en charge les grossesses présentant le moins de risques (voir la fiche « La

naissance » p. 50). Les maternités de niveau 2 et 3 sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées à but non lucratif (respectivement 78 % et 100 % en 2005) alors que 41 % des maternités de niveau 1 sont privées à but lucratif. Les maternités publiques ou privées à but non lucratif prennent donc en charge les grossesses les plus à risque.

### La part des cliniques privées atteint 28 % de l'activité en obstétrique

La proportion d'accouchements réalisés dans le secteur privé à but lucratif s'établit en 2005 à 30%. Ce secteur réalise 32 % des césariennes et 31 % des accouchements par voie basse sans complications.

Les cliniques prennent également en charge 25 % des interruptions de grossesse, ce qui représente 17 % de leur activité obstétricale.

### Les établissements privés à but non lucratif ont une part très faible dans le domaine obstétrical

Ces établissements ne réalisent, en effet, que 7 % de l'ensemble des activités d'obstétrique. Leur activité se concentre sur les accouchements, avec ou sans complications, dont ils assurent près de 8 % ainsi que sur la prise en charge des affections *post partum* (6 %). ■

#### ■ 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 » p. 7.

– *Les différents niveaux de maternité* sont explicités dans la fiche « La naissance » p. 52.

#### ■ 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.

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 ● part de prise en charge des activités obstétricales selon le statut de l'établissement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2005 (en %)

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Ensemble activité obstétricale	65,6	6,5	27,9
Accouchements	62,4	7,6	30,0
sans complications	61,4	7,5	31,0
avec complications (1)	64,8	7,7	27,6
Affections <b>ante partum</b> , dont :	68,0	5,6	26,4
séjours inférieurs à deux jours*	67,3	4,2	28,4
Affections <b>post partum</b>	71,3	5,9	22,8
Interruptions de grossesse, dont :	70,5	4,9	24,7
séjours inférieurs à deux jours*	70,6	4,8	24,6
Autres séjours inférieurs à deux jours*	71,7	4,5	23,8

(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 2005, données statistiques

## ● La spécialisation en chirurgie

*Les cliniques privées réalisent près de 60 % de l'activité chirurgicale et quasiment les trois quarts de celle réalisée en ambulatoire (moins de un jour). Les établissements publics, pour leur part, réalisent de façon prédominante les activités chirurgicales les plus complexes. Les établissements privés à but non lucratif concentrent 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 (graphique 1) comme la chirurgie des traumatismes graves et multiples (96 %), des brûlures, telles que les greffes de peau (91 %). Les autres types d'intervention qui sont majoritairement pratiqués dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, avec essentiellement des craniotomies (90 %) et des traumatismes crâniens (94 %), ainsi que de la chirurgie cardiaque (chirurgies valvulaires, pontages aorto-coronariens) (tableau).

La chirurgie orthopédique n'est prise en charge qu'à 37 % 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 (70 %) ou intraoculaires (60 %).

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 2005, 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 2005, 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 28 % des cas. Cette proportion est cependant en hausse de 8 points entre 2004 et 2005.

#### ■ 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 maladies (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 du 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 depuis 2004 est différente de celle

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

La chirurgie est l'activité prépondérante des établissements privés à but lucratif : elle représente en effet 53 % de leur activité de médecine, chirurgie et obstétrique. La part du secteur privé à but lucratif est prépondérante pour plusieurs groupes d'activité, et est supérieure à 70 % pour les interventions ophtalmologiques ou ORL et stomatologiques.

Les établissements privés à but lucratif se sont spécialisés dans des interventions chirurgicales peu complexes qui permettent une prise en charge ambulatoire (moins de un jour) (graphique 2). Ils réalisent ainsi plus de 76 % de la chirurgie de la cataracte, 75 % des arthroscopies et de la chirurgie des varices, 74 % des opérations des amygdales, végétations et poses de drains transtympaniques ainsi que 66 % 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 près des 3/4 des séjours chirurgicaux de moins de un jour.

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

En 2005, les établissements privés à but non lucratif assurent 8 % du total de l'activité chirurgicale. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer.

Comme pour la médecine (voir la fiche « La spécialisation en médecine » p. 34), l'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses, en particulier pour la chirurgie des tumeurs d'origine hématologique (17 %). La chirurgie gynécologique, et particulièrement les tumeurs et affections du sein, est réalisée à hauteur de 12 % par ces établissements.

La part de l'ambulatoire (moins de un jour) dans leur activité chirurgicale totale atteint 32 % en 2005. ■

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 » p. 7.

#### ■ 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 selon le statut de l'établissement pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2005 (en %)

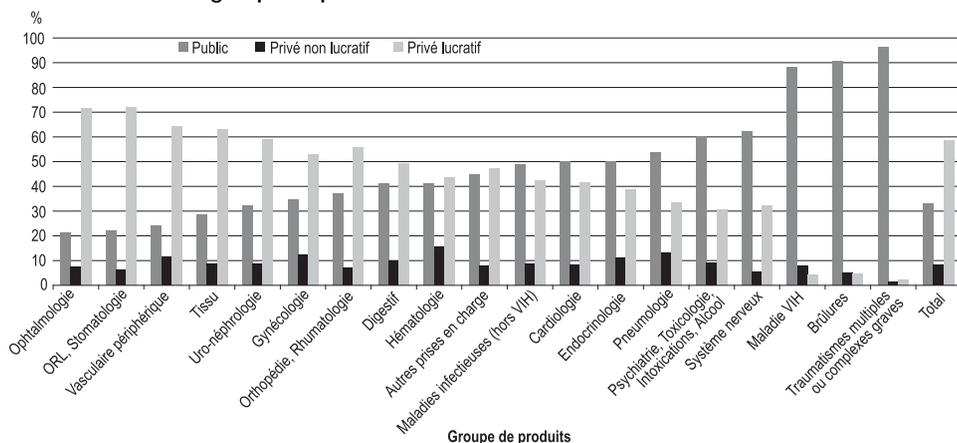
	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Ensemble activité chirurgicale	33,0	8,4	58,7
Appareil digestif, dont :	41,0	9,7	49,3
Appendicectomies	47,4	6,5	46,1
Autres chirurgies foie, pancréas, voies biliaires	61,8	10,9	27,4
Chirurgies digestives hautes	47,9	9,5	42,6
Chirurgies grêle/colon	49,8	10,0	40,2
Chirurgies rate	80,8	6,2	13,0
Chirurgies rectum/anus	26,1	12,0	61,9
Cholécystectomies et chirurgies biliaires	41,2	9,4	49,5
Hernies	35,2	10,2	54,6
ORL, stomatologie, dont :	21,9	6,2	71,9
Amygdalectomies, végétations et drains trans-tympaniques	18,8	7,5	73,7
Autres chirurgies ORL	35,2	7,0	57,8
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	15,8	5,1	79,1
Cardiologie, dont :	50,1	8,4	41,6
Stimulateurs cardiaques	45,7	7,2	47,1
Autres chirurgies cardiaques	63,2	13,5	23,3
Chirurgies valvulaires	60,0	9,4	30,6
Pontage coronaire	55,5	9,8	34,8
Ophthalmologie :	21,2	7,5	71,3
Autres chirurgies ophtalmiques	52,9	9,4	37,7
Cataractes	16,7	7,5	75,8
Chirurgies ophtalmiques lourdes	53,5	5,7	40,8
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	24,2	8,1	67,8
Orthopédie, rhumatologie, dont :	37,2	7,0	55,9
Ablations matériel	52,2	5,7	42,1
Amputations	59,6	8,2	32,2
Arthroscopies	18,2	7,1	74,7
Chirurgies main, poignet	26,1	7,5	66,3
Chirurgies majeures orthopédiques (hanche, fémur et genou)	39,1	7,4	53,5
Chirurgies autres membres	44,1	6,6	49,4
Fractures, entorses, luxations	79,2	5,1	15,7
Système nerveux, dont :	62,1	5,6	32,3
Craniotomies	89,7	3,0	7,3
Vasculaire périphérique, dont :	24,2	11,6	64,2
Ligatures veines	15,3	9,9	74,8
Pneumologie, dont :	53,6	13,1	33,3
Chirurgies thoraciques majeures	48,0	13,8	38,2
Traumatismes thoraciques	89,8	4,4	5,8
Autres prises en charge, dont :	44,8	8,1	47,1
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	36,5	8,0	55,5
Autres prises en charge chirurgicales	50,2	7,9	41,9

\* 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 2005, données statistiques

**graphique 1 ● part de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le groupe de produits en 2005**

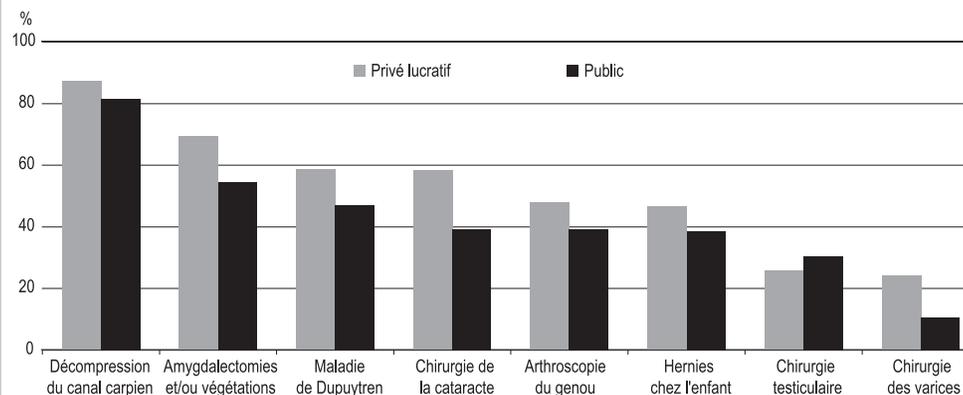


*Note de lecture : 21 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie est prise en charge par le secteur public, contre 71 % par le secteur privé à but lucratif et 8 % par le secteur privé à but non lucratif.*

*Champ : France métropolitaine*

*Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques*

**graphique 2 ● part de l'activité ambulatoire par acte traceur en chirurgie en 2005**



*Note de lecture : 58 % des opérations de la cataracte s'effectuent en ambulatoire dans le secteur privé à but lucratif, contre 39 % dans le secteur public.*

*Champ : France métropolitaine*

*Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques*

# 4

## **Les plateaux techniques dans les secteurs public et privé à but non lucratif**

- Les équipements chirurgicaux
  - L'activité d'anesthésie
- L'équipement en imagerie

## ● Les équipements chirurgicaux

*Les blocs opératoires de chirurgie constituent un des lieux de technicité des établissements de santé publics et privés à but non lucratif. Le type d'activité chirurgicale, plus ou moins complexe et plus ou moins programmable selon les établissements, influe sur l'organisation de ces plateaux techniques. En découle une diversité d'équipements et des moyens en personnel affectés à cette activité.*

### 2,5 millions d'interventions chirurgicales sous anesthésie en 2005

Près de 2,5 millions d'interventions chirurgicales sous anesthésie ont été réalisées en 2005 dans les établissements de santé publics et privés à but non lucratif (tableau 1). Environ 100 000 interventions chirurgicales sont réalisées de nuit, essentiellement dans le secteur public. Celles-ci représentent 3,5 % de l'ensemble des interventions chirurgicales.

La durée des interventions pratiquées dans les CHR, en moyenne plus longue que dans les autres établissements publics et privés à but non lucratif, peut y expliquer en partie un taux d'utilisation des salles sensiblement plus faible. Le nombre annuel d'interventions par salle est en moyenne de 700 dans les CHR contre plus de 1 000 dans les autres établissements présents dans le champ de l'étude (graphique 1).

### Plus de 15 000 personnes affectées au fonctionnement des blocs opératoires

Les plateaux techniques de chirurgie mobilisent des personnels qualifiés. En 2005, 1 227 personnels d'encadrement, 5 354 infirmiers de bloc opératoire (IBODE) et 8 803 infirmiers non spécialisés étaient affectés au fonctionnement des blocs opératoires (tableau 2). La proportion de personnel infirmier spécialisé (IBODE) est plus importante dans les CHR (32 %) et les autres centres hospitaliers publics (38 %) que dans le secteur privé à but non lucratif (28 %). Les ratios de personnel infirmier rapportés au nombre d'interventions ou de salles sont également plus élevés dans les CHR (graphique 2). ■

#### ■ Champ

Établissements publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine. Le taux de réponse des établissements privés à but lucratif n'a pas permis une exploitation statistique des résultats 2005 sur les plateaux techniques.

De plus, les établissements pratiquant des interventions de chirurgie cardiaque ou de neurochirurgie ont été exclus pour le calcul du taux d'utilisation des salles d'intervention chirurgicale, et ce afin de rendre les comparaisons homogènes : ces interventions sont particulièrement longues.

#### ■ Définitions

– *Les différents statuts juridiques* des établissements, et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre I « Cadre juridique et institutionnel » p. 7.

– *Séjours chirurgicaux* : sont ici classés comme tels les séjours identifiés dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (voir : « Les grandes sources de données sur les établissements de santé » p. 83).

– *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 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.

**tableau 1 ● principales données concernant les plateaux techniques de chirurgie en 2005**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif
	Centres hospitaliers régionaux	Autres centres hospitaliers	
Nombre d'établissements géographiques ayant une activité chirurgicale	97	370	122
Nombre de salles d'intervention chirurgicale	1 645	2 071	715
Nombre moyen d'heures d'ouverture hebdomadaire	63	59	56
Séjours chirurgicaux en 2005 (source PMSI)	725 906	1 058 634	451 441
Nombre d'interventions chirurgicales avec anesthésie	838 060	1 176 288	480 315
Interventions chirurgicales réalisées la nuit	43 136	49 373	5 117
Nombre d'établissements géographiques ayant déclaré une activité chirurgicale de nuit	47	204	44

Champ : France métropolitaine, établissements publics et privés à but non lucratif

Sources : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques pour le nombre d'interventions chirurgicales. DREES, SAE 2005, données administratives pour les autres indicateurs

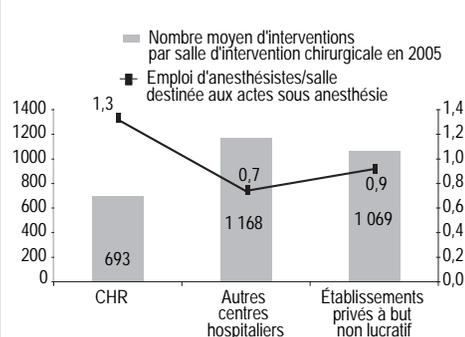
**tableau 2 ● personnel infirmier du bloc opératoire**

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif
	Centres hospitaliers régionaux	Autres centres hospitaliers	
Emplois Encadrement	505	516	206
Emplois IBODE (1)	2 047	2 651	656
Emplois IDE non spécialisés (2)	3 670	3 732	1 401
Total emplois infirmiers	6 222	6 899	2 263
ETP Encadrement	475	471	192
ETP IBODE	1 918	2 481	589
ETP IDE non spécialisés	3 425	3 460	1 231
Total ETP infirmiers	5 818	6 412	2 012

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

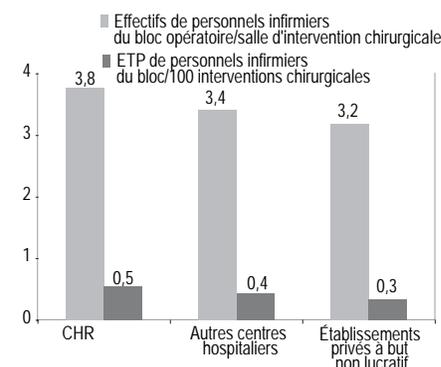
Champ : France métropolitaine, établissements publics et privés à but non lucratif

Sources : DREES, SAE 2005, données administratives

**graphique 1 ● taux d'utilisation des salles d'opération et nombre d'anesthésistes par salle**


Champ : France métropolitaine, établissements publics et privés à but non lucratif

Sources : DREES, SAE 2005, données administratives

**graphique 2 ● densité de personnel infirmier par salle et par intervention**


Champ : France métropolitaine, établissements publics et privés à but non lucratif

Sources : DREES, SAE 2005, données administratives

## ● L'activité d'anesthésie

*L'organisation autour de l'anesthésie dans les établissements de santé publics et privés à but non lucratif est liée aux types d'activités qu'ils ont développés : interventions chirurgicales plus ou moins complexes, endoscopies, radiologie interventionnelle... Au sein de ces établissements, la tendance est au regroupement des sites anesthésiques pour faciliter la surveillance des patients.*

### En 2005, 1 900 sites anesthésiques réunissant des activités diversifiées

L'activité anesthésique ne concerne pas seulement les interventions chirurgicales : on compte 3 salles d'anesthésie pour 2 salles de chirurgie. Il est en effet pratiqué, outre les interventions chirurgicales, des explorations sous anesthésie (endoscopies, radiologie interventionnelle...). Dans les établissements publics et privés à but non lucratif, il y a en 2005, en moyenne, 3,5 salles destinées aux actes sous anesthésie par site : 6 665 salles sont en fait regroupées dans 1 922 sites anesthésiques (tableau 1). Cette concentration vise à faciliter la gestion des moyens destinés à la surveillance post-interventionnelle. Le nombre de salles de surveillance post-interventionnelle s'élève à 1 118 pour 5 972 postes de réveil.

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

5 831 emplois de médecins anesthésistes-réanimateurs sont consacrés pour tout ou partie de leur temps à la pratique des anesthésies (tableau 2). Les centres hospitaliers régionaux (CHR) concentrent 45 % de ces emplois pour le tiers des salles d'anes-

thésie. Ces établissements doivent en effet organiser des permanences afin de pouvoir pratiquer des interventions complexes et urgentes. Les médecins qui exercent à temps partiel dans différentes structures sont comptabilisés plusieurs fois pour chaque établissement dans lequel ils interviennent.

Ils sont assistés par 7 238 infirmiers spécialisés (aides anesthésistes), soit un équivalent de 6 669 emplois à temps plein.

### 2 millions de consultations pré-anesthésiques ont été réalisées en 2005

Près de 2 millions de consultations pré-anesthésiques ont été réalisées en 2005 dans les établissements publics et privés à but non lucratif. 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 : une consultation préalable n'est pas toujours possible. Le taux de consultations pré-anesthésiques est en moyenne, sur les établissements étudiés, de 82 %. Il est moins élevé dans les CHR (70 %) où les interventions complexes et non programmées sont plus fréquentes. ■

#### ■ Champ

Établissements publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine. Le taux de réponse des établissements privés à but lucratif n'a pas permis une exploitation statistique des résultats 2005 sur les plateaux techniques.

#### ■ Définitions

– **Consultation d'anesthésie ou pré-anesthésique** : le décret n° 94-1050 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 ; elle se pratique dans les salles de surveillance post-interventionnelle, situées près des sites où sont réalisées les anesthésies. Une salle de surveillance post-interventionnelle comprend au minimum 4 postes de réveil.

– **Site anesthésique** : lieu géogra-

phique composé d'une ou plusieurs salles où des actes d'anesthésie sont réalisés (par exemple : un bloc opératoire de 2 salles = 1 site).

– **Endoscopie** : l'endoscopie consiste 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'exams 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 à but non lucratif
	Centres hospitaliers régionaux	Autres centres hospitaliers	
Nombre de sites anesthésiques	604	1 033	285
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie	2 234	3 396	1 035
Nombre de salles destinées aux actes sous anesthésie par site anesthésique	3,5	3,2	3,6
Salles de surveillance post-interventionnelle	394	530	194
Nombre de postes de réveil	2 017	2 811	1 144
Consultations d'anesthésie en 2005	613 673	1 000 556	354 938

Champ : France métropolitaine, établissements publics et privés à but non lucratif

Sources : DREES, SAE 2005, données administratives

tableau 2 ● personnel médical et paramédical spécialisé en anesthésie

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif
	Centres hospitaliers régionaux	Autres centres hospitaliers	
Emplois de médecins anesthésistes	2 626	2 367	838
Emplois d'infirmiers aides anesthésistes (IADE)	2 958	3 614	666
ETP d'infirmiers aides anesthésistes (IADE)	2 743	3 366	560

Champ : France métropolitaine, établissements publics et privés à but non lucratif

Sources : DREES, SAE 2005, données administratives

## ● L'équipement en imagerie

*Les appareils d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif sont une composante importante de leurs plateaux techniques. Les progrès techniques et le coût des nouveaux appareils plus performants sont à l'origine d'une concentration et d'un partage des équipements. Les délais d'attente moyens pour accéder à certains équipements lourds (scanners, IRM, caméras à scintillation) sont encore importants, particulièrement pour les patients non hospitalisés mais ils se réduisent progressivement.*

### Une concentration plus importante des équipements

En 2005, 661 établissements de santé publics et privés à but non lucratif ont déclaré au moins une salle de radiologie, soit un total de 2 966 salles en France métropolitaine. Parmi ces établissements, 510 sont équipés de salles de radiologie numérisée (tableau). Celles-ci sont au nombre de 1 491 en 2005, ce qui représente la moitié des salles de radiologie. Le nombre de salles de radiologie conventionnelle, technologie maintenant ancienne, continue en effet de se réduire régulièrement au fil des années. Il existe également 370 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies ainsi que 1 420 échographes doppler dans les services d'imagerie. Au total, dans les 2 096 salles de radiologie dont l'activité est fournie, un peu plus de 18 millions de radiologies ont été réalisées en 2005, soit une moyenne annuelle de 8 728 examens par salle. Près de 60% de ces examens sont numérisés.

Certains équipements lourds en matière d'imagerie tels que les scanners, les appareils d'imagerie à résonance magnétique (IRM), ou les caméras à scintillation nécessitent une autorisation au niveau régional. 412 établissements déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 474 appareils. 215 établissements possèdent au moins une IRM, ce qui représente 237 appareils. 113 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 260 gamma-caméras (définition). Toutefois, ce nombre est sans doute sous-estimé en raison de non-réponses. Par ailleurs, d'autres établissements

peuvent avoir accès à ce matériel dans le cadre de conventions de co-utilisation, le partage des équipements lourds étant encouragé. Ainsi, 60% des établissements partagent l'accès à au moins un scanner et 54% à une IRM.

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

En 2005, le délai d'attente moyen avant de bénéficier d'un examen de scanner est de 15 jours pour un patient en consultation externe et de 4 jours pour un patient hospitalisé. Ces délais, qui semblent se réduire progressivement depuis quelques années, peuvent varier selon les entités considérées. Ils sont ainsi plus longs dans les CHR : 7 jours pour un patient hospitalisé et 16 pour un consultant externe. La durée moyenne d'ouverture par semaine est pourtant plus importante dans ces établissements : 71 heures par semaine contre 58 pour l'ensemble des établissements publics et privés à but non lucratif. La plus grande complexité des pathologies traitées dans les CHR pourrait induire un besoin d'examen plus important et peut-être des examens de durée plus longue, mais aucune donnée disponible ne permet d'étayer cette hypothèse au niveau national.

Malgré des temps d'ouverture qui semblent avoir augmenté depuis 2003, les délais d'attente avant de bénéficier d'un examen d'IRM sont nettement plus longs que pour les scanners : 28 jours en consultation externe et 10 jours lors d'une hospitalisation. Cependant ils se réduisent également progressivement. ■

#### ■ Champ

Seuls sont comptabilisés les équipements d'imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine. En effet, les cabinets de radiologie implantés au sein des cliniques privées sont plus souvent des sociétés civiles de moyens, ou professionnelles, 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 amélioration 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 intra-vasculaires 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 magnétique nucléaire (IRM)** : comme son nom l'indique, l'IRM utilise les propriétés électromagnétiques du corps humain. Elle met en évidence sous forme d'image les contrastes entre différents tissus tels que l'os, les muscles ou les tendons, par exemple.

– **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 radioéléments utilisés pour certains diagnostics (isotopes radioactifs de certains éléments naturels - iode, technétium, fluor, etc.).

– **Tomographe à émission de positons (TEP) ou caméra à positons** : ces équipements sont basés sur le même principe que la 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 en 2005

Type d'équipement	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils ou de salles	Délai d'attente moyen pour consultants externes (en jours)	Délai d'attente moyen pour patients hospitalisés (en jours)	Nombre moyen d'heures d'ouverture par semaine
Scanner	412	474	15	4	58
IRM	215	237	28	10	55
Caméra à scintillation	113	260	13	6	49
Tomographe à émission/caméra à positons	41	42			
Échographe doppler	652	1 420			
Salles de radiologie conventionnelle	661	1 475			
Salles de radiologie numérisée	510	1 491			
Salles de radiologie vasculaire (hors salles de coronarographie)	198	370			
dont salles de coronarographie	115	150			

Champ : France métropolitaine, établissements publics et privés à but non lucratif

Sources : DREES, SAE 2005, données administratives

# 5

## Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

- 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 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'accouchement...), avec une amélioration de l'adéquation entre le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés et 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 607 en 2005 (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 (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 (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 accouchements 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 2005, on comptabilise en France métropolitaine 69 maternités de niveau 3 dont le rôle est de traiter les situations les plus complexes pour la mère et/ou l'enfant : 215 maternités dites de niveau 2 qui disposent d'un service de néonatalogie, et 323 maternités classées en niveau 1 destinées à prendre en charge les grossesses présentant le moins de risques (tableau 1).

Les maternités de niveau 2 et 3 sont presque exclusivement des maternités publiques ou privées à but non lucratif (respectivement

#### ■ Champ

Naissances en France métropolitaine. Sont comptabilisées les naissances après au moins 22 semaines d'améniorrhée 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 réalisés par

Blondel B., Supernant K., Du Mazau-Brun 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 l'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 risque, 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**

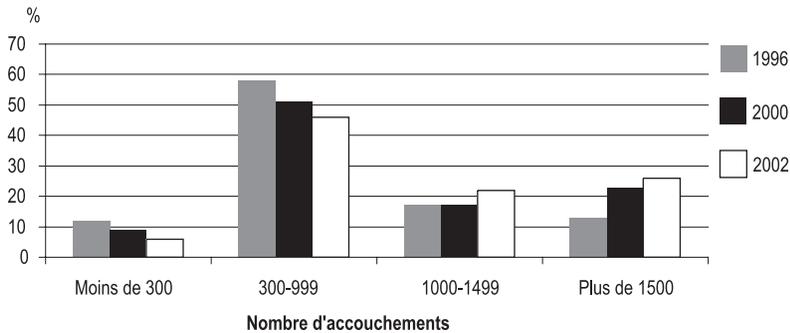
Niveau de maternité	Année	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Total
Nombre d'établissements	1996	565	250		815
	2002	403	203	47	653
	2005	323	215	69	607
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		725 337
	2002	330 915	306 284	115 008	752 207
	2005	268 906	339 021	152 320	760 247
Part d'accouchements	1996	57 %	43 %		100 %
	2002	44 %	41 %	15 %	100 %
	2005	35 %	45 %	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 2005, 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 dont :	19,9	21,6	18,6
Hospitalisation de moins de trois jours	27,0	32,3	37,1
Hospitalisation de huit jours ou plus	32,7	28,9	24,1
Accouchement déclenché	20,5	20,3	19,7
Analgésie 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

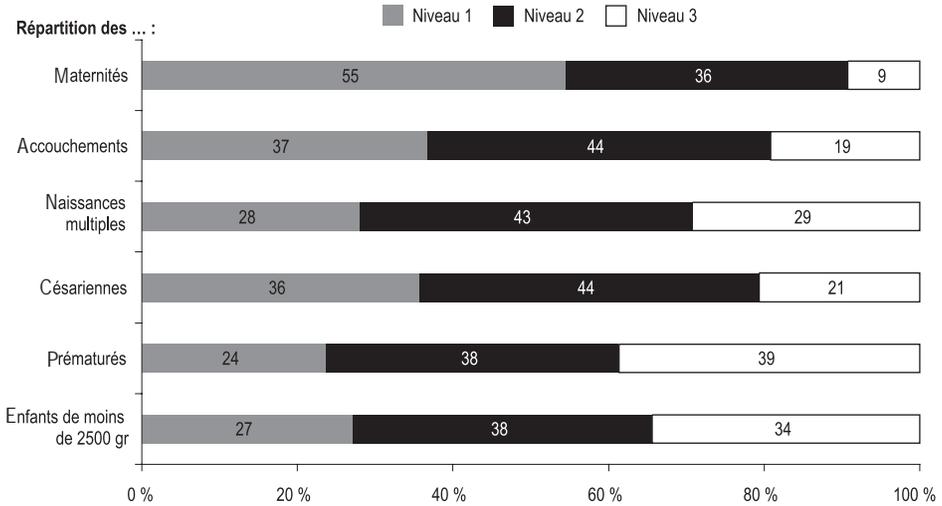
## ● La naissance *suite*

78% et 100% en 2005) alors que 41% des maternités de niveau 1 sont privées à but lucratif. Entre 1996 et 2005, un report des accouchements est intervenu vers les maternités des deux niveaux supérieurs. En effet, en 2005, 65% des accouchements ont eu lieu dans les 284 maternités disposant d'un service de néonatalogie et/ou de réanimation néonatale (niveaux 2 ou 3), alors qu'en 1996, c'était le cas de 43,5% d'entre eux.

Ainsi les maternités de niveaux 2 et 3, qui représentent près des 2/3 des naissances totales en 2005, ont accueilli, 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 (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 (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 risque (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 (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.*

### 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 (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) (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 (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 (tableau 2).

#### ■ Champ

Établissements publics et privés en France métropolitaine, bénéficiant d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R.6 123-1 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 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 (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 (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 (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
Ensemble	469	31	122	622

Champ : France métropolitaine

Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

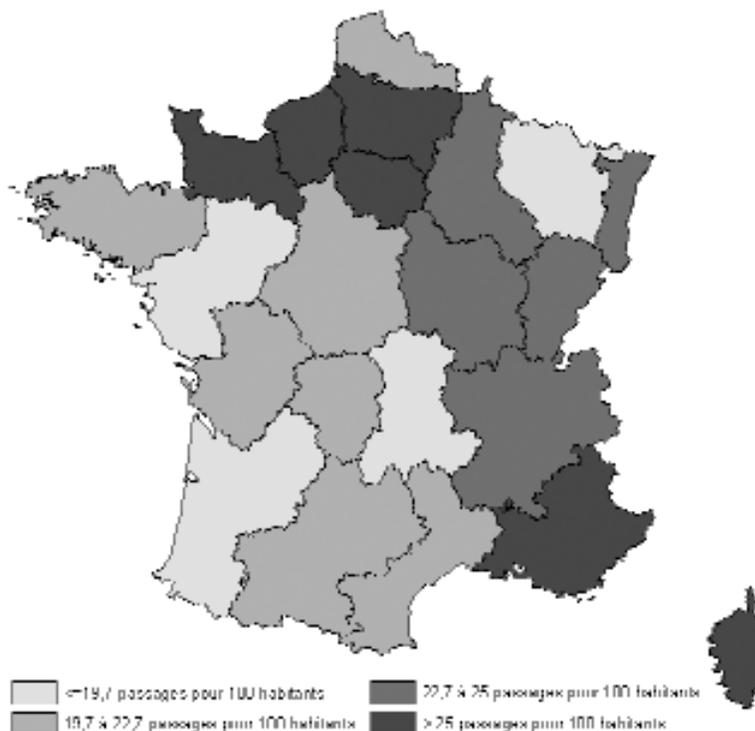
tableau 2 ● nombre de passages aux urgences en 2004 selon le statut et l'autorisation

	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%
Ensemble	11 913 373	-1,0%	672 710	-0,4%	1 608 440	12,6%	14 194 523	0,4%

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

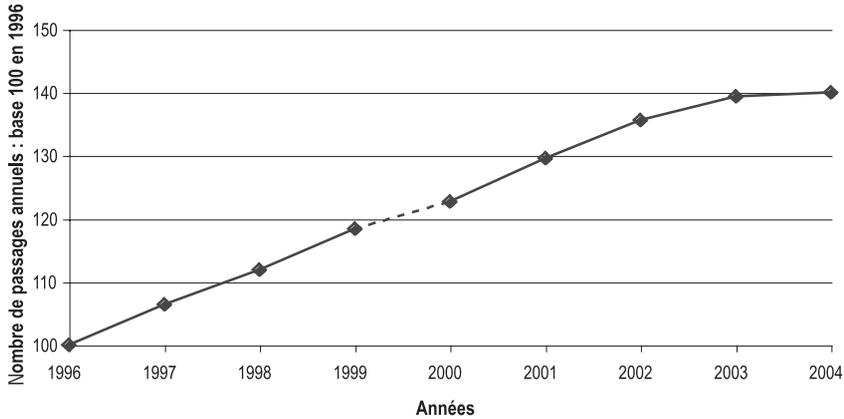
## ● L'activité des services d'urgences *suite*

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**

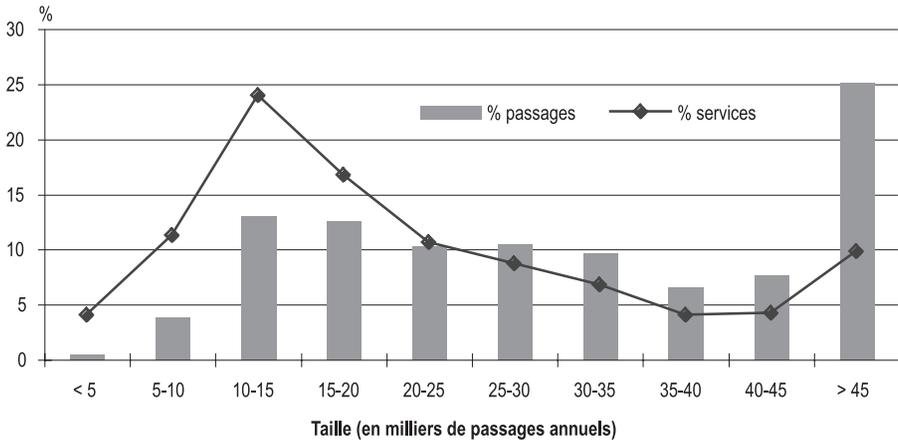
Le taux d'hospitalisation après un passage aux urgences reste stable au cours des quatre dernières années, il se maintient en effet autour de 20 %. Il est plus élevé dans les SAU (22,6 %), qui prennent en charge davantage de cas graves, que dans les UPATOU (17 %). Ce taux est moins élevé dans les établissements 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 10000 et 15000 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 (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 (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 (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

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 ser-

vices d'urgences en 2004 : une stabilisation du nombre de passages», *Études et Résultats*, n° 524, septembre, DREES.

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

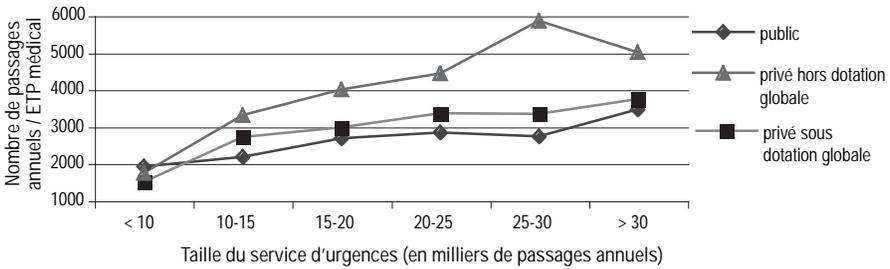
— Baubeau D., Carrasco V., 2003, «Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières», *Études et*

*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.

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

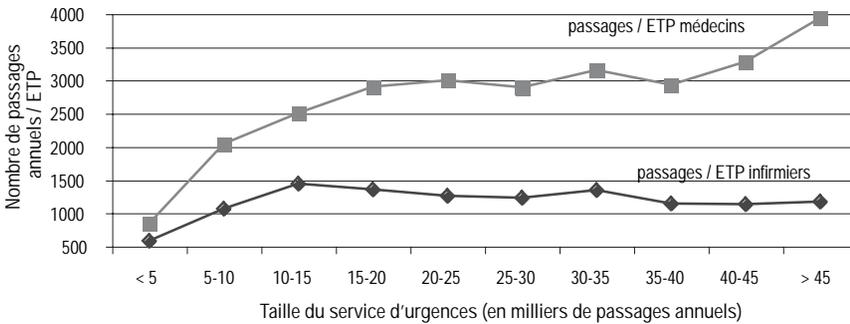


*Note de lecture : les services d'urgences du secteur privé hors dotation globale réalisant de 15 000 à 20 000 passages annuels disposent d'un ETP médical pour 4 000 passages annuels.*

*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**

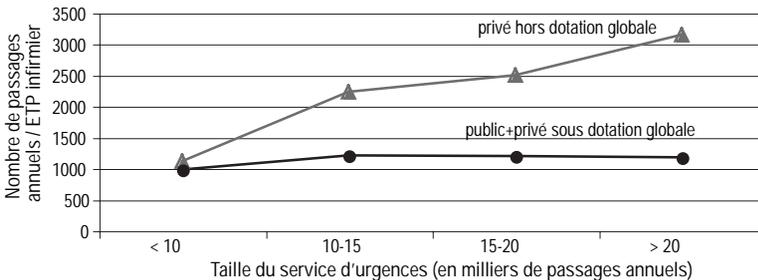


*Note de lecture : les services d'urgences accueillant de 10 000 à 15 000 passages annuels disposent d'un ETP médical pour 2 500 passages et d'un ETP infirmier pour 1 440 passages.*

*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.

### Près de 60 % des services d'urgences sont aussi sièges de 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 (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 (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

#### ■ 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 hospita-

lière 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.

### 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 (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. Ceci représente moins de 2 % de l'ensemble des passages aux urgences.

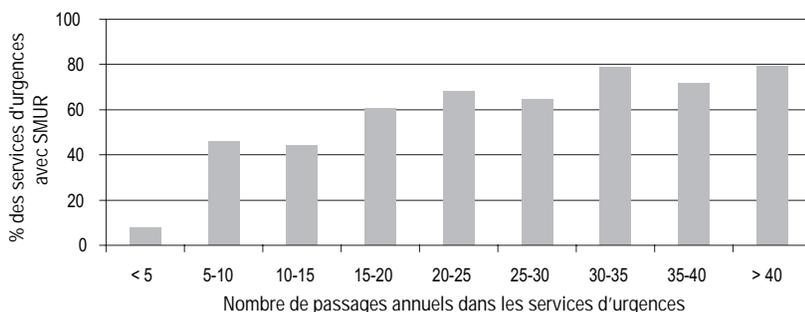
Les patients transportés et ne passant pas par les services d'urgences, sont directement orientés vers d'autres services de l'établissement de santé. Ainsi 9 % d'entre eux sont admis en réanimation. ■

– Services d'urgences (SAU, UPATOU et POSU) : voir la fiche « L'activité des services d'urgences » p. 54.

#### ■ Sources

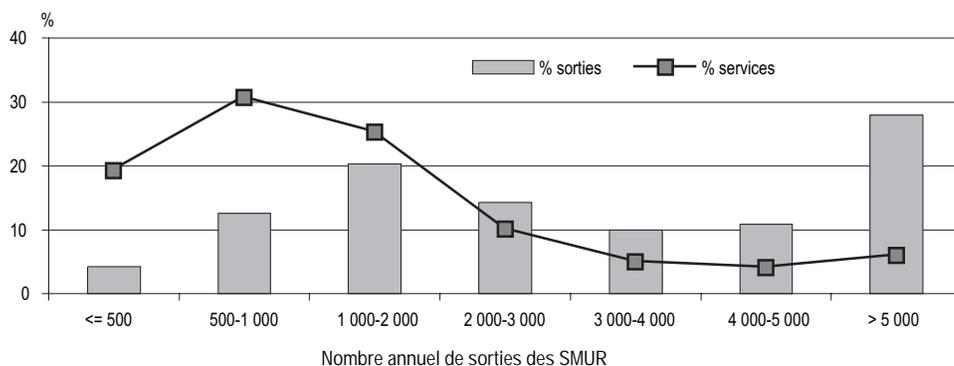
La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'équipement (nombre de box de surveillance), l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences.

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



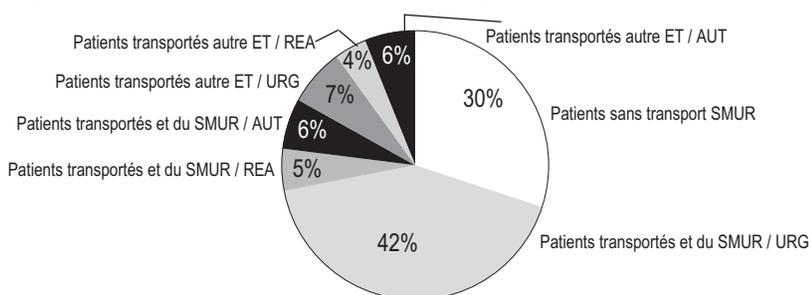
Note de lecture : 60% des services d'urgences accueillant entre 15 000 et 20 000 passages par an sont sièges de SMUR.  
 Champ : France métropolitaine  
 Sources : DREES, SAE 2004, données statistiques

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



Note de lecture : 10% des SMUR réalisent entre 2 000 et 3 000 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 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 2005, 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 621 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 des lits d'hospitalisation complète et les 4/5 des places d'hospitalisation partielle. L'autre moitié se répartit quasiment à part égale entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées, ces dernières ayant essentiellement une activité d'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 20 établissements psychiatriques privés participant au service public hospitalier et des 145 cliniques spécialisées en santé mentale (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 à but non lucratif.

Le dispositif public est pour l'essentiel fondé sur la sectorisation psychiatrique, à travers 270 établissements (publics ou privés à but non lucratif). 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. 66). Ce dispositif est complété par une offre non sectorisée, comprenant 65 établissements publics (CHR, CH) et 300 établis-

sements de soins privés (cliniques, foyers de post-cure, hôpitaux de jour), dont 147 sont à but non lucratif. Ces derniers 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 toujours prépondérante en 2005, avec 75% des lits d'hospitalisation complète et 87% des places d'hospitalisation de jour et de nuit (tableau 2). Elle constitue même la seule offre disponible dans 29 départements (carte 1). À l'inverse, elle représente moins de 75% des capacités dans 21 départements où le secteur privé à but non lucratif est particulièrement bien implanté. Paris se distingue par une offre publique non sectorisée importante en matière de lits (du fait de l'AP-HP, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) et une offre privée à but non lucratif 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 2005, près de 19 millions de journées d'hospitalisation en psychiatrie ont été réalisées (tableau 3). La durée moyenne de séjour en psychiatrie tend à diminuer et atteint 29,6 jours en 2005. Elle est supérieure dans les établissements non sectorisés où elle s'élève à 34,4 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 2005 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 hospi-**

**talisation partielle** : voir notamment la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital » p. 16.

#### ■ Pour en savoir plus

– Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 546, 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 l'hospitalisation complète, etc.), mais la qualité de recueil des données est encore inadéquate.

tableau 1 ● nombre d'établissements en 2005

	Établissements publics (1)		Établissements privés à but non lucratif (2)		Établissements privés à but lucratif (2)		Ensemble des établissements	
	Exclusif	Non exclusif	Exclusif	Non exclusif	Exclusif	Non exclusif	Exclusif	Non exclusif
Psychiatrie générale								
sectorisée	88	146	20	1	0	0	108	147
non sectorisée	1	52	71	21	145	7	217	80
Psychiatrie infanto-juvénile								
sectorisée	84	109	16	2	0	0	100	111
non sectorisée	1	21	57	8	5	1	63	30
Total (3)	91	207	142	28	145	8	378	243

(1) Nombre d'entités juridiques.

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

(3) Certains établissements offrent à la fois des soins en psychiatrie générale et infanto-juvénile.

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques

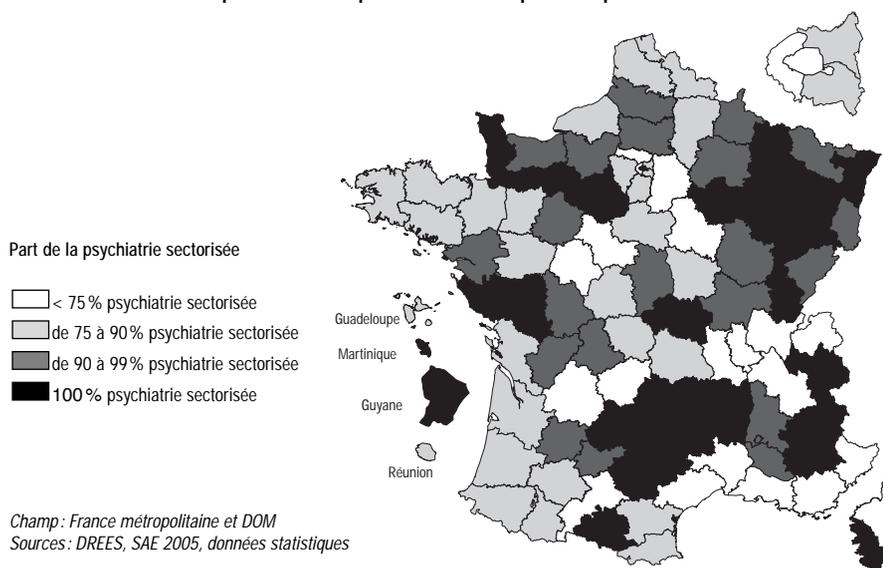
tableau 2 ● nombre de lits et places installés au 31 décembre 2005 selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Psychiatrie générale								
sectorisée	37 494	14 128	4 653	1 612	0	0	42 147	15 740
non sectorisée	988	272	2 538	1 425	10 827	294	14 353	1 991
Psychiatrie infanto-juvénile								
sectorisée	1 481	6 900	154	612	0	0	1 635	7 512
non sectorisée	210	386	207	977	48	11	465	1 374
Total	40 173	21 686	7 552	4 626	10 875	305	58 600	26 617

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques

carte 1 ● part de la psychiatrie générale et infanto-juvénile sectorisée dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle en 2005



Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques

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

rière à la diminution observée du nombre de lits sur la même période (-18%) (graphique). Après une diminution observée depuis 1999, l'augmentation du nombre de venues en hospitalisation partielle en 2004 (+3,1%) est confirmée en 2005 avec une légère hausse (+0,5%). Ces tendances sont à mettre en relation avec le développement des prises en charge ambulatoires en psychiatrie générale et infanto-juvénile.

La capacité cumulée en lits et places varie dans un rapport de 1 à 33 selon les départements. La densité nationale d'équipe-

ment en lits d'hospitalisation complète et places d'hospitalisation partielle est passée de 164 à 149 pour 100 000 habitants entre 1997 et 2005 ; elle varie de 52 en Guyane à 320 en Lozère (carte 2). ■

---

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

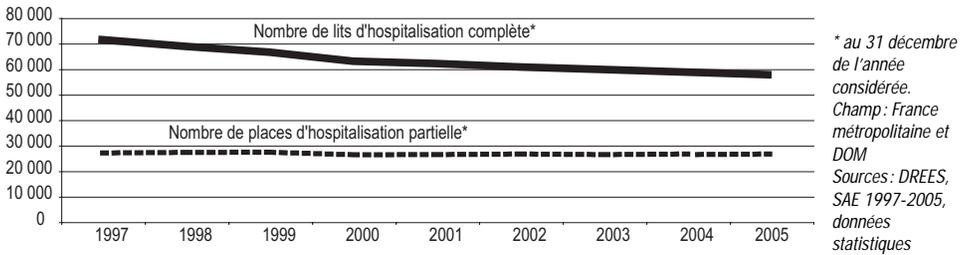
tableau 3 ● nombre de séjours et de journées en 2005 selon le statut de l'établissement

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées	Séjours	Journées
<b>Hospitalisation complète</b>								
Psychiatrie générale								
sectorisée	429 190	12 024 926	45 725	1 474 829	0	0	474 915	13 499 755
non sectorisée	13 682	266 349	15 997	769 516	110 978	3 862 433	140 657	4 898 298
Psychiatrie infanto-juvénile								
sectorisée	14 554	294 581	1 637	32 058	0	0	16 191	326 639
non sectorisée	2 586	42 138	1 613	45 943	628	14 332	4 827	102 413
Total	460 012	12 627 994	64 972	2 322 346	111 606	3 876 765	636 590	18 827 105
<b>Hospitalisation partielle</b>								
Psychiatrie générale								
sectorisée	2 740 606		300 960		0		3 041 566	
non sectorisée	57 856		350 301		73 885		482 042	
Psychiatrie infanto-juvénile								
sectorisée	1 106 685		95 744		0		1 202 429	
non sectorisée	66 473		245 614		1 394		313 481	
Total	3 971 620		992 619		75 279		5 039 518	

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques

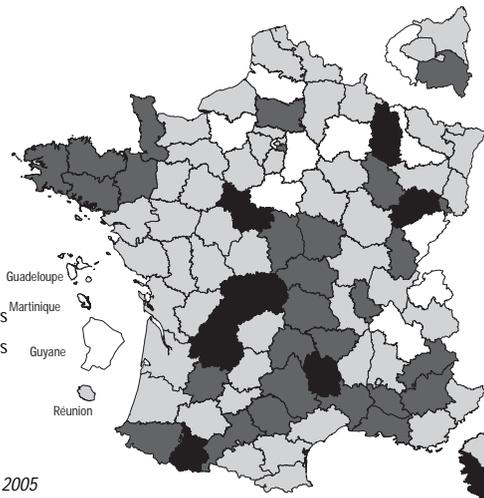
graphique ● évolution des capacités en hospitalisation complète et partielle en psychiatrie



carte 2 ● disparités départementales d'équipements en psychiatrie générale et infanto-juvénile en 2005

Densité de lits et places en psychiatrie (classification Seuils de Jenks)

- ≤ 100 lits et places pour 100 000 habitants
- 100 à 153 lits et places pour 100 000 habitants
- 153 à 212 lits et places pour 100 000 habitants
- ≥ 212 lits et places pour 100 000 habitants



Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES, SAE 2005, données statistiques, INSEE, estimations localisées de population 2005

## ● 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 (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 (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) (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

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**

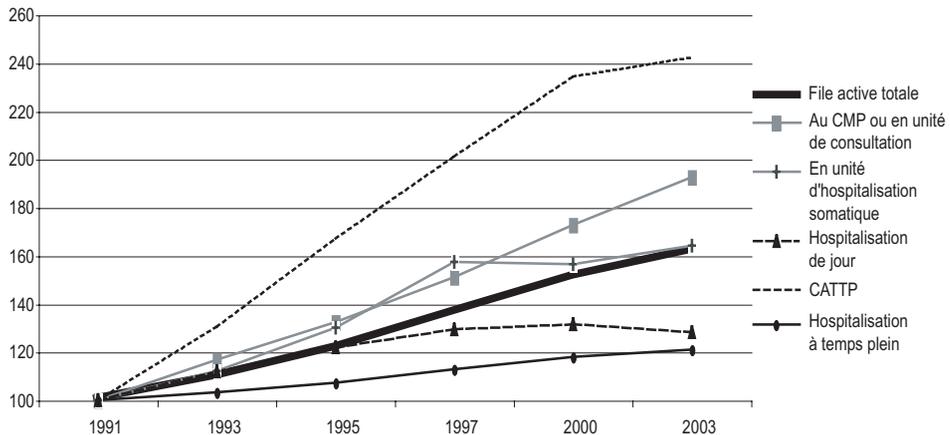
	1991	1993	1995	1997	2000	2003	Évolution 1991-2003 en %
File active totale*	759 644	832 681	923 136	1 036 049	1 148 354	1 228 495	61,7
Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année							
en ambulatoire	597 123	686 173	779 128	895 307	980 251	1 051 036	76,0
dont au moins une fois :							
- au CMP ou en unité de consultation	417 808	488 370	552 794	631 554	722 011	804 909	92,7
- à domicile	116 267	112 145	116 007	120 236	119 554	108 471	-6,7
- en institution substitutive au domicile	60 376	65 760	70 626	77 574	78 714	76 049	26,0
- en unité d'hospitalisation somatique	132 957	148 929	173 108	209 243	207 984	218 318	64,2
Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année							
à temps partiel	75 760	88 915	106 082	115 610	125 460	116 299	53,5
dont au moins une fois :							
- en hospitalisation de nuit	6 782	7 458	7 731	8 361	7 118	6 098	-10,1
- en hospitalisation de jour	36 554	40 906	44 546	47 279	48 050	46 883	28,3
- au CATT	28 400	37 083	47 446	57 126	66 538	68 837	142,4
- en atelier thérapeutique	6 332	5 728	6 021	6 663	5 457	4 822	-23,8
Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année							
à temps complet	258 473	267 831	280 296	292 743	305 863	310 699	20,2
dont au moins une fois :							
- en hospitalisation à temps plein	249 764	258 124	267 943	281 876	294 483	301 925	20,9
- en centre de post-cure ou de réadaptation	1 289	2 044	1 792	1 771	1 796	1 323	2,6
- en appartement thérapeutique	1 209	1 309	1 399	1 280	1 839	1 172	-3,1
- en accueil familial thérapeutique	3 006	3 816	3 720	3 628	3 091	2 590	-13,8
- en hospitalisation à domicile	1 148	1 413	1 494	1 210	1 151	1 090	-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*

partiel (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 (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 (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 (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**

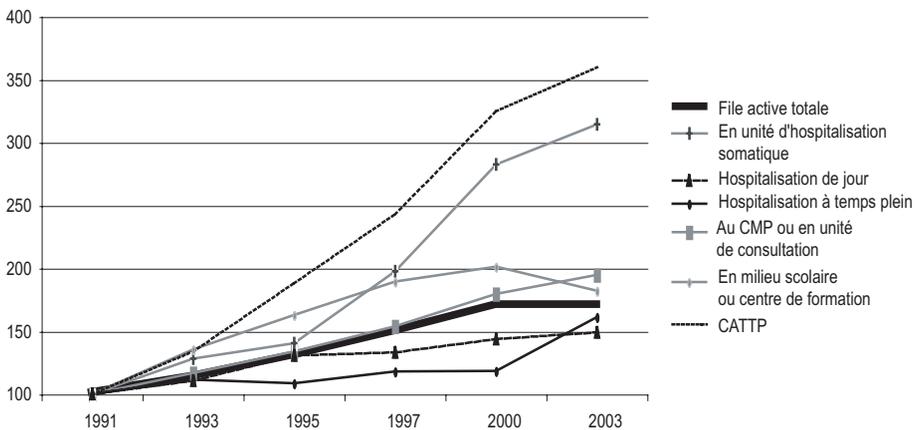
	1991	1993	1995	1997	2000	2003	Évolution 1991-2003 en %
<b>File active totale*</b>	<b>254 679</b>	<b>288 081</b>	<b>330 947</b>	<b>379 672</b>	<b>432 317</b>	<b>464 105</b>	<b>82,2</b>
Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année							
en ambulatoire	235 382	261 105	310 024	364 577	418 032	451 085	91,6
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
Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année							
à temps partiel	20 945	27 398	29 697	37 732	41 099	43 105	105,8
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 CATT	6 717	8 992	12 626	16 322	21 821	24 160	259,7
Nombre de patients pris en charge au moins une fois dans l'année							
à temps complet	7 642	8 635	8 967	9 825	10 251	12 626	65,2
dont au moins une fois :							
- en hospitalisation à temps plein	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

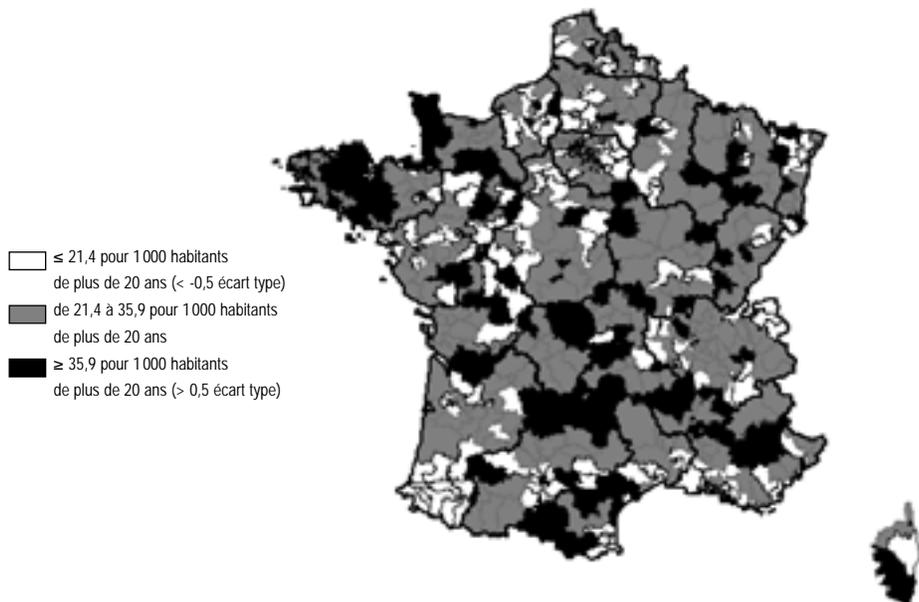
**graphique 2 ● évolution en base 100 des principaux modes de prise en charge dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile**



Champ : France métropolitaine et DOM

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

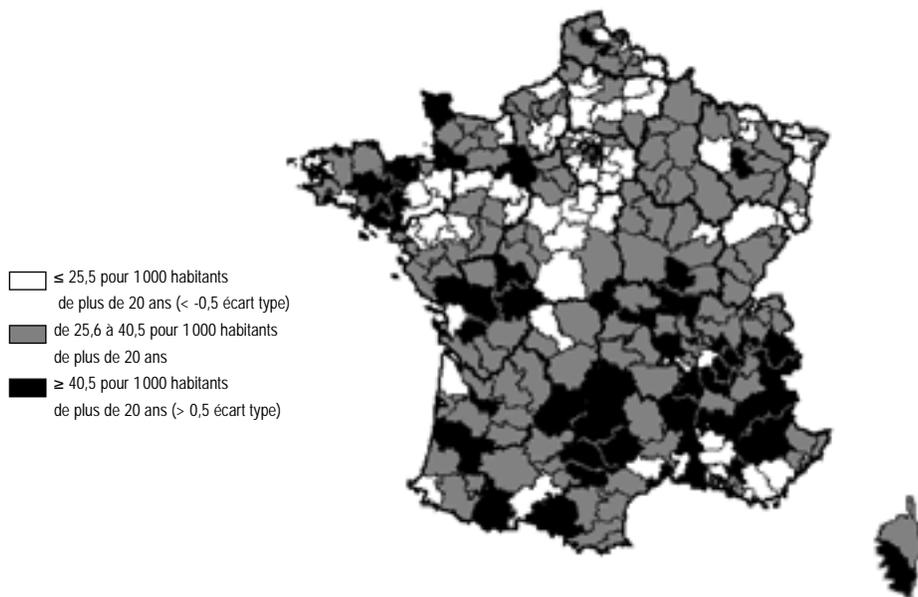
carte 1 ● taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale en 2003



Champ : France métropolitaine

Sources : DREES - Rapports de secteurs de psychiatrie, 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, 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 69,9 milliards d'euros en 2006 le secteur hospitalier (établissements hospitaliers publics et privés) représente 44,6% de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,8% de la consommation totale des ménages. De 1997 à 2006, excepté en 2005, l'évolution de la consommation de soins hospitaliers a été inférieure à celle de la consommation totale de soins et biens médicaux.*

### 69,9 milliards d'euros en 2006 pour la consommation de soins hospitaliers

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour, moyen séjour (SSR) et psychiatrie donne lieu à une dépense de soins, qui s'élevait en 2006 à 69,9 milliards d'euros (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 44,6% en 2006. Pour la situer dans l'ensemble de l'économie, la consommation de soins hospitaliers représente, en 2006, 5,8% de la consommation totale des ménages. Cette part a augmenté de 0,6 point depuis 2000 (graphique 2). Dans le secteur public hospitalier, qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif, la consommation de soins s'élevait à 54,2 milliards d'euros. Elle croit de +3,3% en valeur en 2006, ce qui marque un fléchissement par rapport à l'année précédente (+4,7%).

Dans le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées, la consommation de soins s'est élevée à 15,7 milliards d'euros en 2006. Elle se compose de frais de

séjour, de médicaments et prothèses implantées à l'occasion d'une hospitalisation complète, d'honoraires de médecins et d'analyses prescrites également en hospitalisation complète. Comme pour le secteur public, la croissance en valeur observée en 2006 (+3,7%) est très inférieure à celle de 2005 (+6,0%).

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

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers : 91,9% en 2006 contre 77% pour l'ensemble de la consommation de soins et biens médicaux (tableau 2). En effet, une large majorité des séjours donne 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 4,2% à la prise en charge des dépenses hospitalières, contre 13,1% 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 2006, 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 établissements 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., Geffroy Y., 2007, « Les comptes nationaux de la santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 593, septembre, DREES.

– Fenina A., Geffroy Y., 2007, « Comptes nationaux de la santé en 2006 », *Document de travail, série statistiques*, n° 114, septembre, 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	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Consommation de soins et biens médicaux	98 032	121 730	129 548	137 883	144 863	151 244	156 565
Consommation de soins hospitaliers, dont :	47 625	54 763	58 024	61 502	64 390	67 582	69 858
soins hospitaliers en secteur public	35 467	42 567	45 095	47 851	50 103	52 434	54 151
soins hospitaliers en secteur privé	12 158	12 196	12 929	13 651	14 287	15 149	15 707
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et biens médicaux	48,6%	45,0%	44,8%	44,6%	44,4%	44,7%	44,6%

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES - Comptes de la santé (base 2000)

**tableau 2 ● structure de financement en 2006 (en %)**

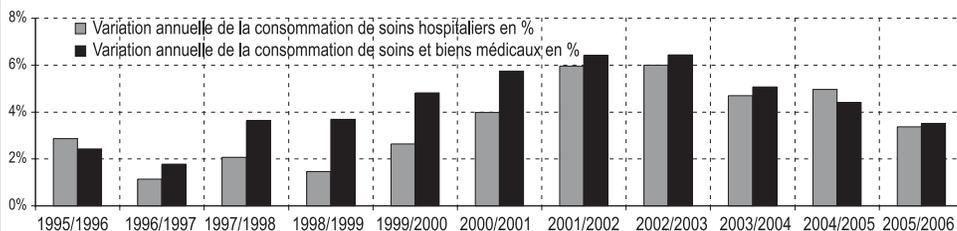
	Consommation de soins et biens médicaux	Consommation de soins hospitaliers
Sécurité sociale de base	77,0	91,9
État et CMU-C (1)	1,4	1,2
Mutuelles	7,4	2,0
Sociétés d'assurances	3,2	1,2
Institutions de prévoyance	2,4	0,9
Ménages	8,6	2,7
Ensemble	100,0	100,0

Note de lecture : attention, des différences apparaissent entre la somme de pourcentages et le résultat réel, ceci à cause des arrondis à un chiffre après la virgule.

(1) CMU-C : couverture maladie universelle - complémentaire.

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

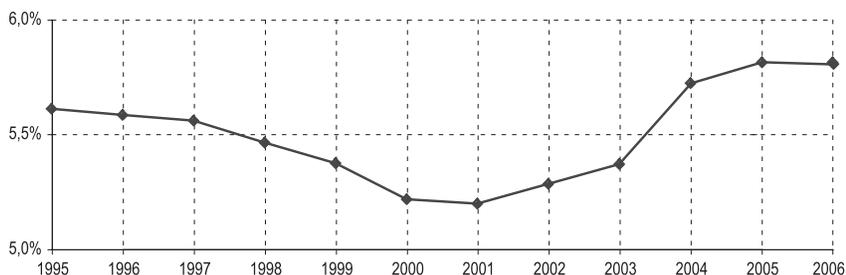
**graphique 1 ● évolution annuelle de la consommation de soins hospitaliers et de la consommation de soins et biens médicaux**



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 (en %)**



Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DREES - Comptes de la santé (base 2000)

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

En 2005, 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 8,7%, après une croissance de 8,3% en 2004 et de 8,6% en 2003. Cette augmentation est notamment liée à l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), pour laquelle le chiffre d'affaires a crû de 9,3% entre 2004 et 2005.

Cette hausse générale du chiffre d'affaires des cliniques privées est liée à celle de l'activité, mais en partie également à celle des tarifs. L'année 2005 est la première année de mise en place de la nouvelle tarification à l'activité (T2A) dans les activités de MCO au sein de ces établissements.

### Une croissance importante du chiffre d'affaires

Les 825 cliniques étudiées en 2005 ont généré un chiffre d'affaires total de 8189 millions d'euros. Parmi les 796 cliniques présentes à la fois en 2004 et en 2005, la moitié connaissent une augmentation de leur chiffre d'affaires (CA) supérieure à 5,5%, 1/4 à 11,7% et 1/10 à 20,6%.

La croissance de leur chiffre d'affaires en 2005 est notamment soutenue par celle du secteur MCO (+9,3%) (tableau et graphique).

Au sein de ce secteur, le chiffre d'affaires des cliniques médicales progresse de 9,9%, celui des cliniques chirurgicales de 7,7%, et celui des polycliniques de 9,4%. Le CA des maternités augmente quant à lui de 7,1% et celui des centres de dialyse de 17,1%. Cette dernière hausse est toutefois à relativiser du fait de restructurations importantes et d'un nombre conséquent d'ouvertures de bâtiments ces dernières années; ceux-ci ont vu leur activité fortement augmenter en 2005.

Les cliniques qui n'ont pas d'activité de MCO ont aussi connu en 2005 une forte augmentation de leur chiffre d'affaires (+5,8%). Au sein de ces établissements, ceux spécialisés en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) enregistrent une évolution importante (+6,5%) ; par contre le chiffre d'affaires des établissements spécialisés en psychiatrie connaît une hausse plus limitée (+4,6%).

Tous secteurs confondus, les grandes cliniques (chiffre d'affaires supérieur à 12 millions d'euros) ont vu leur chiffre d'affaires augmenter de 10,5% en 2005; ce dernier avait augmenté de 9,5%

en 2004. Pour les cliniques de taille moyenne (chiffre d'affaires 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 identiques et plus soutenus que l'année précédente; ils ont atteint 6,1%.

### Une augmentation du chiffre d'affaires liée à l'augmentation d'activité et 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 2004 et 2005: +4,6% que ce soit pour l'ensemble des 796 cliniques du champ constant ou celles spécialisées en MCO. Le ratio du chiffre d'affaires rapporté à l'activité a crû de 4,7% sur cette période, passant de 1 266 euros par «entrée ou venue» en 2004 à 1 326 euros en 2005.

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 en 2005: l'accord annuel national entre l'État et les organisations représentatives des établissements de santé privés a ainsi induit une hausse tarifaire de 2%. L'évolution du chiffre d'affaires résulte enfin de la modification de l'éventail d'activité (dit *case mix*) et d'autres composantes. En effet, depuis l'application de la T2A, le sang et certains implants oculaires sont intégrés dans le CA de toutes les cliniques alors qu'ils ne l'étaient pas toujours auparavant; l'évolution des tarifs des médicaments et les dispositifs médicaux facturés en sus contribuent donc à la croissance du CA. ■

### ■ Champ

Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce, mais parfois avec retard. Les données de 2005 sont relatives aux 825 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 2005. Au final, seules 796 cliniques étaient présentes à la fois en 2004 et en 2005 (champ constant). 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.

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

### ■ Définitions

– **T2A**: voir le chapitre 1 «Cadre juridique et institutionnel» p. 7.

– **Chiffre d'affaires (CA)**: il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue: rémunérations versées par la sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient.

– **Le secteur de MCO** comprend toutes les cliniques dont l'activité principale est la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, la dialyse ou l'hospitalisation à domicile (HAD). Ces cliniques peuvent être soit monodisciplinaires, soit pluridisciplinaires (polycliniques) pratiquant plusieurs des activités principales précédemment citées. Dans cette fiche, nous parlons de polyclini-

que 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 cliniques MCO. Il s'agit des cliniques psychiatriques, des cliniques de soins de suite et de réadaptation ainsi que d'établissements réalisant des activités diverses (long séjour, alcoolologie, etc.).

### ■ Pour en savoir plus

– Legendre M.-C., Le Rhun B., 2007 «L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2004 et 2005», *Études et Résultats*, n° 583, juillet, DREES.

– Dumontaux N., Le Rhun B., Legen-

dre M.-C., Villeret S., 2007, «Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005», *Études et Résultats*, n° 576, juin, DREES.

– L'Observatoire Économique des Cliniques Privées Françaises du CTC Conseil, en partenariat avec la FHP, «L'économie des cliniques privées en 2005».

### ■ 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

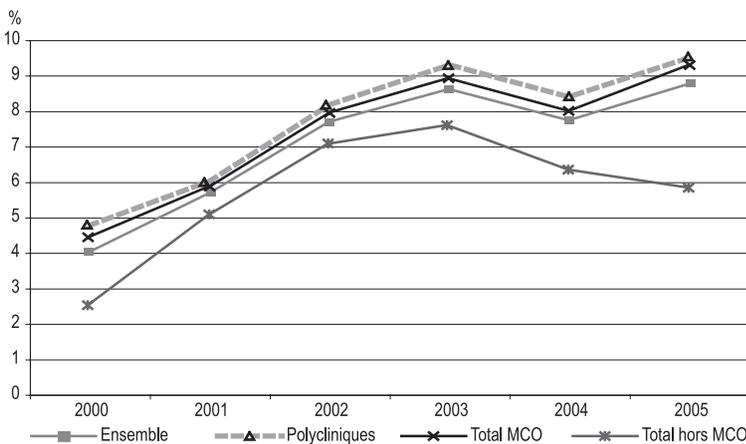
	Entreprises répondantes en 2005		Évolution en % par rapport à l'année précédente				
	Nombre de cliniques	Chiffre d'affaires total (en M€)	2001	2002	2003	2004	2005
<b>MCO</b>							
Polycliniques	315	5 552	5,9	8,1	9,2	8,8	9,4
Médecine	21	162	9,6	10,6	14,3	10,8	9,9
Chirurgie	127	935	5,0	6,5	6,9	5,2	7,7
Obstétrique	7	40	9,8	7,1	7,4	0,4	7,1
Dialyse	40	167	3,5	5,8	7,9	7,8	17,1
<b>Total MCO</b>	<b>510</b>	<b>6 856</b>	<b>5,9</b>	<b>7,8</b>	<b>8,9</b>	<b>8,3</b>	<b>9,3</b>
<b>Hors MCO</b>							
Soins de suite et de réadaptation	172	770	7,1	7,6	9,3	7,9	6,5
Psychiatrie	113	489	2,0	5,3	5,3	4,0	4,6
Divers	30	74	5,0	6,6	2,0	8,4	5,6
<b>Total hors MCO</b>	<b>315</b>	<b>1 333</b>	<b>5,0</b>	<b>7,0</b>	<b>7,6</b>	<b>6,6</b>	<b>5,8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>825</b>	<b>8 189</b>	<b>5,7</b>	<b>7,7</b>	<b>8,6</b>	<b>8,3</b>	<b>8,7</b>
dont CA des cliniques :							
de moins de 6 millions d'euros	391	1 298	3,6	6,6	7,5	5,9	6,1
de 6 à 12 millions d'euros	221	1 889	5,0	6,2	7,2	4,7	6,1
de plus de 12 millions d'euros	213	5 001	7,7	9,3	9,9	9,5	10,5

Note de lecture : champ constant pour le nombre de cliniques et le chiffre d'affaires total et champ non constant pour l'évolution du chiffre d'affaires.

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2001-2005, calculs DREES

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



Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2000-2005, calculs DREES

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

*La rentabilité économique des cliniques privées continue d'augmenter en 2005, grâce à l'amélioration de leur marge d'exploitation. Elle atteint 3,2% du chiffre d'affaires cette année-là. Le taux de rentabilité économique reste plus élevé pour le secteur hors médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).*

### Une forte hausse de la rentabilité d'exploitation en 2005

La rentabilité d'exploitation correspond au surplus dégagé par la confrontation entre les produits et les charges liés à l'activité ; elle est mesurée par le taux de marge brute d'exploitation (excédent brut d'exploitation/chiffre d'affaires). La lecture du tableau 1 montre que l'effet cumulé de l'augmentation du chiffre d'affaires (CA) moyen, de la diminution de la part des achats et charges externes et des frais de personnel dans le CA entraîne une amélioration de la rentabilité d'exploitation des cliniques privées. Plus précisément, la baisse de la part des salaires bruts dans le CA (-1,1 point) ainsi que celle des autres achats et charges externes (-0,5 point) expliquent cette évolution. La fiscalité liée à l'exploitation rapportée au CA est, quant à elle, stable. En conséquence, le taux de marge brute d'exploitation atteint 8,1% du CA en 2005, soit 2 points de plus qu'en 2004.

L'augmentation du taux de marge brute d'exploitation n'est pas amoindrie par la hausse relative des dotations nettes aux amortissements dans le CA (0,3 point). Le résultat d'exploitation s'établit ainsi à 5,7% du CA en 2005, soit 1,7 point de plus que l'année précédente. La hausse de ce ratio, amorcée en 2001, se poursuit donc.

La rentabilité économique, mesurée par le ratio résultat net/chiffre d'affaires, des 825 cliniques présentes en 2005 s'établit à 3,2% du CA. Elle progresse très nettement pour la deuxième année consécutive (tableau 1). L'amélioration de cet indicateur provient principalement de la forte hausse du résultat d'exploitation et de la stabilité des résultats financiers et exceptionnels. Ces progressions sont supérieures à celle du poids des charges de participation des salariés (+0,2 point) et de l'impôt sur les bénéfices dans le CA (+0,4 point).

La moitié des cliniques privées enregistre une rentabilité économique supérieure à 3,2%, valeur médiane supérieure de 0,9 point à celle de 2004. Pour un établissement sur dix, les bénéfices repré-

sentent plus de 10,6% du CA. Ces entités réalisent 6% du CA total de l'ensemble des cliniques. À l'opposé, 18% des établissements à but lucratif ont une rentabilité économique négative, contre 22% en 2004. Le CA de ces cliniques déficitaires en 2005 représente 16% du CA total de l'ensemble des cliniques, contre 21% en 2004. Par ailleurs, un établissement à but lucratif sur dix affiche, en 2005, une rentabilité économique inférieure à -2,4%.

### La hausse de la rentabilité économique bénéficie en 2005 surtout aux cliniques du secteur MCO

L'année 2005 profite surtout aux moyennes et grandes cliniques, leurs taux de rentabilité économique augmentant respectivement de 1 et 1,5 point. Après une année 2004 particulièrement bénéfique aux petites cliniques, la rentabilité de ces dernières reste stable en 2005. *In fine*, la rentabilité économique moyenne des cliniques varie peu selon la taille en 2005 : celle des petites cliniques s'établit à 3,3% du CA tandis que celles des moyennes et grandes cliniques atteignent respectivement 3,1 et 3,2% du CA. La rentabilité économique des cliniques du secteur MCO double en 2005 et atteint 3% du CA (graphique et tableau 2). Le secteur hors MCO réalise, quant à lui, des bénéfices moindres qu'en 2004 (-0,6 point) ; ils s'établissent à 4,3% du CA. Malgré ces évolutions, les cliniques hors MCO restent plus rentables.

Au sein du secteur MCO, les cliniques spécialisées en médecine déclarent une hausse particulièrement importante de leurs bénéfices : +5 points, soit 6,6% de leur CA. La hausse du taux de rentabilité économique des cliniques spécialisées en dialyse et des polycliniques est également forte : respectivement de +2,9 et +1,6 points de CA. Parmi les polycliniques, ce sont les moyens et grands établissements qui réalisent les bénéfices les plus importants. Le taux de rentabilité des cliniques spécialisées en chirurgie est stable.

Au sein du secteur hors MCO, les taux de rentabilité des cliniques spécialisées en psychiatrie ou en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) se stabilisent. ■

### ■ Champ

Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce, mais parfois avec retard. Les données de 2005 sont relatives aux 825 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 2005. Au final, seules 796 cliniques étaient présentes à la fois en 2004 et en 2005 (champ constant). 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 les achats médicaux, la sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les

redevances de crédit-bail, les loyers, l'entretien et les primes d'assurance.

– **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 permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.

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

– **Résultat exceptionnel** : solde des produits et des charges exceptionnels.

– **Résultat net comptable** : 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 financières, d'amortissement et de distribution des revenus.

### ■ Pour en savoir plus

– Legendre M.-C., Le Rhun B., 2007 « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2004 et 2005 », *Études et Résultats*, n° 583, juillet, DREES.

– Dumontaux N., Le Rhun B., Legendre M.-C., Villeret S., 2007, « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de

2002 à 2005 », *Études et Résultats*, n° 576, juin, DREES.

– L'Observatoire économique des cliniques privées françaises du CTC conseil, en partenariat avec la FHP, « L'économie des cliniques privées en 2005 ».

### ■ 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

	2001	2002	2003	2004	2005
Nombre d'entreprises incluses	1023	980	937	931	825
Chiffre d'affaires moyen (en M€)	6,7	7,5	8,3	9,1	9,9
Achats et charges externes (en% du CA)	-44,2%	-43,9%	-43,8%	-43,3%	-42,6%
dont					
- Achats consommés	-17,6%	-17,5%	-17,3%	-17,2%	-17,0%
- Autres achats et charges externes	-26,6%	-26,5%	-26,4%	-26,1%	-25,6%
- Variation de stocks	0,1%	0,1%	-0,1%	0,1%	0,1%
Frais de personnel (en% du CA)	-45,9%	-46,5%	-45,8%	-45,0%	-43,8%
dont					
- Salaires bruts	-33,7%	-33,9%	-33,0%	-32,2%	-31,1%
- Charges sociales	-12,2%	-12,6%	-12,7%	-12,8%	-12,7%
Fiscalité liée à l'exploitation (en% du CA)	-6,3%	-4,8%	-5,6%	-5,6%	-5,5%
dont					
- Impôts, taxes et versements assimilés	-6,4%	-6,0%	-5,9%	-5,8%	-5,8%
- Subvention d'exploitation	0,2%	1,2%	0,3%	0,3%	0,2%
Excédent brut d'exploitation (en% du CA)	3,6%	4,8%	5,0%	6,1%	8,1%
Dotations nettes aux amortissements (en% du CA)	-3,0%	-2,9%	-2,5%	-2,1%	-2,4%
Autres opérations d'exploitation (en% du CA)	0,4%	0,5%	0,4%	0,1%	0,1%
Résultat d'exploitation (en% du CA)	1,0%	2,4%	2,8%	4,0%	5,7%
Résultat financier	-0,5%	-0,4%	-0,2%	-0,3%	-0,3%
Résultat courant (exploitation + financier)	0,5%	2,0%	2,6%	3,6%	5,4%
Résultat exceptionnel (en% du CA)	0,7%	0,5%	0,1%	0,2%	0,1%
Participation des salariés (en% du CA)	-0,2%	-0,3%	-0,3%	-0,4%	-0,6%
Impôts sur les bénéfices (en% du CA)	-0,9%	-1,0%	-1,1%	-1,3%	-1,7%
Résultat net (en% du CA)	0,1%	1,1%	1,3%	2,1%	3,2%

Note de lecture : les achats et charges externes représentent 42,6% du chiffre d'affaires. Rapportés au CA, les produits sont positifs et les charges négatives. 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 2001-2005, calculs DREES

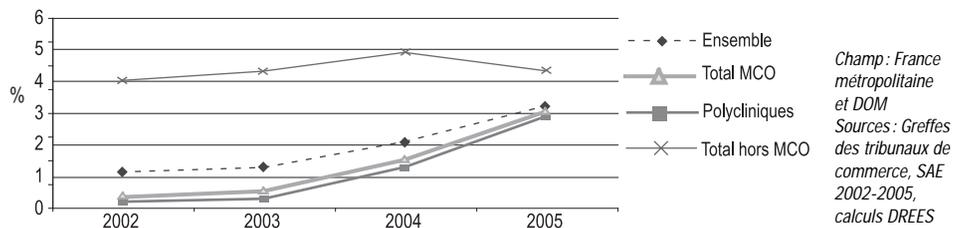
tableau 2 ● rentabilité économique selon la catégorie d'établissements (en% du chiffre d'affaires)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ensemble	1,3	0,1	1,1	1,3	2,1	3,2
Polycliniques	0,4	-1,1	0,2	0,3	1,3	2,9
Médecine	1,1	1,1	1,2	1,1	1,6	6,6
Chirurgie	0,1	-1,2	0,5	1,1	2,1	2,1
Obstétrique	3,3	0,6	-1,7	1,1	1,4	0,8
Dialyse	20,7	17,1	7,7	4,5	5,4	8,3
Total MCO	0,4	-1,1	0,3	0,5	1,5	3,0
Soins de suite et de réadaptation	2,5	3,7	3,1	4,1	5,4	5,2
Psychiatrie	6,4	4,0	4,4	4,9	4,4	4,3
Divers	0,7	1,3	3,7	2,3	1,5	-4,0
Total hors MCO	5,3	4,8	4,0	4,3	4,9	4,3

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2000-2005, calculs DREES

graphique ● évolution de la rentabilité économique selon la catégorie d'établissements (en%)



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

*La DREES a étudié, sur le champ des établissements publics et privés à but lucratif, 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 de suivre et d'analyser l'impact économique et financier de cette nouvelle tarification sur les établissements de santé, la DREES a rassemblé, dans le cadre du comité d'évaluation de la T2A, un certain nombre d'indicateurs qui fournissent une grille de lecture commune aux secteurs public et privé.

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 de 2002 à 2005, moment de la montée en charge de la T2A (voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel » p. 7).

### Les hôpitaux publics

Les hôpitaux publics concentrent plus de 80 % des produits ou chiffre d'affaires des deux secteurs. Le nombre de séjours (entrées et venues) réalisés dans ces entités en 2005 représente les 2/3 des séjours, avec 14 millions d'entrées et venues contre 7 millions pour les cliniques.

En 2005, les produits hors rétrocession (HR [voir définitions]) moyens des hôpitaux publics s'élevaient à 51 millions d'euros : ils ont progressé

de 18 % entre 2002 et 2005. Le taux de charge de personnel baisse de 1,7 point, passant de 70 % des produits HR en 2002 à 68,3 % en 2005 (tableau 1).

La rentabilité économique (résultat net comptable/produits) des hôpitaux publics diminue de 0,5 point entre 2002 et 2005 et s'établit à 0,3 % des produits HR en fin de période. Ces établissements ne sont pas tenus d'optimiser leur résultat net comptable. Celui-ci ne peut donc pas être analysé comme un indicateur de performance économique. Dans le cadre d'un financement par dotation globale, pour partie toujours en vigueur en 2005 dans les hôpitaux, l'analyse du ratio de rentabilité économique permet de comparer la répartition du budget global et des charges. En parallèle, avec la montée en charge de la T2A, le financement des hôpitaux est de plus en plus lié à leur activité.

Le taux de renouvellement des immobilisations progresse, quant à lui, entre 2002 et 2005 de 1,5 point. Depuis 2003, le volet investissement du plan Hôpital 2007 peut expliquer cette amélioration. En revanche, les conditions de financement de ces investissements semblent se dégrader. En 2005, la capacité d'autofinancement (CAF) des hôpitaux publics s'élève à 6 % des produits HR, contre 7 % en 2004 ; elle tend à retrouver son niveau de 2002.

Entre 2002 et 2005, le taux d'endettement des hôpitaux augmente à un rythme lent mais régulier : 35 % en 2005 contre 33 % en 2002. La

### ■ Champ

Établissements publics et privés à but lucratif 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 d'hôpitaux publics s'élève à 1 006 en 2005 contre 1 032 en 2002.

Les cliniques privées étudiées sont les entreprises codées selon la Nomenclature d'activités française (NAF) 851A (Activités hospitalières) ou 851C (Pratique médicale), qui ont déposé leurs liasses fiscales auprès des tribunaux de commerce et qui sont présentes dans la SAE 2005. La base d'étude comprend 825 cliniques en 2005 (906 en 2002), dont 506 en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Comme toute entreprise, une clinique privée peut être composée de plusieurs sociétés, notamment d'une société d'exploitation et d'une société civile immobilière (SCI). La société d'exploitation, titulaire des activités de soins, reçoit en contrepartie les recettes hospitalières. Elle

verse des loyers à la SCI, propriétaire de tout ou partie des biens immobiliers.

Cette étude ne traite ici que les complexes des sociétés d'exploitation, car aucune méthodologie n'a permis jusqu'à présent de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les autres sociétés civiles y compris les éventuelles SCI qui y sont rattachées.

### ■ Définitions

– **Chiffre d'affaires (CA) dans le secteur privé et produits dans le secteur public :** correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).

– **Rentabilité économique :** elle permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.

– **Rétrocession de médicaments :** les établissements publics ont la possibilité de vendre des médicaments à des patients. La rétrocession de médicaments recouvre leur délivrance par une pharmacie hospitalière à des patients qui ne sont pas hospitalisés. Elle concerne pour l'essentiel la méthadone, les anti-rétroviraux et les médicaments traitants l'hépatite C. Ce mécanisme est destiné à mettre à la disposition de la médecine de ville des médicaments

sans systématiquement hospitaliser les malades qui requièrent ces types de traitement. Les dépenses occasionnées par l'achat, la gestion et la délivrance de ces médicaments sont alors remboursées par l'assurance maladie aux établissements au titre des soins de ville. Des problèmes de double compte dans la comptabilité de certains établissements peuvent apparaître ; notamment au sein de l'AP-HP et des établissements qui la composent.

C'est pourquoi les produits hors rétrocession de médicaments (produits HR) sont utilisés dans la suite de l'analyse relative aux hôpitaux publics (le compte 7071 a ainsi été exclu du compte 70).

– **Taux de charges de personnel :** il mesure le poids des charges de personnel par rapport à l'activité de l'établissement.

– **Rentabilité financière :** elle mesure, dans les cliniques, les marges potentiellement dégagées en direction de leurs actionnaires.

– **Taux de renouvellement des immobilisations :** il indique le rythme d'investissement d'un établissement.

– **Taux d'endettement :** il mesure le poids des dettes au cours de ressources stables de l'établissement.

– **Capacité d'autofinancement :** elle quantifie au cours d'une période le potentiel de l'entreprise à dégager, de par son activité, des ressources.

– **Trésorerie :** liquidités immédiates disponibles par l'établissement.

### ■ Pour en savoir plus

– Legendre M.-C., Le Rhun B., 2007 « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2004 et 2005 », *Études et Résultats*, n° 583, juillet, DREES.

– Dumontaux N., Le Rhun B., Legendre M.-C., Villeret S., 2007, « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005 », *Études et Résultats*, n° 576, juin, DREES.

– Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, n° 546, 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, venues en hospitalisation partielle, séances...) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

tableau 1 ● indicateurs relatifs aux hôpitaux publics

	Niveaux				Évolutions	
	2005	2004	2003	2002	Entre 2004 et 2005	Entre 2002 et 2005
Produits moyens hors rétrocession (en M€)	51	49	46	43	5,5%	18,0%
Taux de valeur ajoutée (en% des produits hors rétrocession)	76,2%	76,7%	77,0%	77,2%	-0,6	-1,1
Taux de charges de personnel (en% des produits hors rétrocession)	68,3%	68,2%	69,4%	70,0%	0,1	-1,7
Rentabilité économique (en% des produits hors rétrocession)	0,3%	1,0%	0,5%	0,9%	-0,6	-0,5
Taux de renouvellement des immobilisations (en%)	8,0%	8,0%	7,1%	6,5%	0,0	1,5
Capacité d'autofinancement (en% de produits hors rétrocession)	6,0%	7,2%	5,9%	5,9%	-1,2	0,1
Taux d'endettement (en%)	34,7%	34,0%	33,1%	32,9%	0,7	1,8
Capacité de remboursement (en années de CAF)	3,9	3,1	3,5	3,5	23,7%	9,9%

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DGCP, calculs DREES

### LES INDICATEURS DOIVENT ÊTRE INTERPRÉTÉS AVEC PRUDENCE

Cette étude a pour objet de dresser un état des lieux économique et financier des établissements de santé au début de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le secteur privé à but lucratif et en amont de sa montée en charge dans le secteur public. Elle s'intéresse ainsi à l'évolution des principaux indicateurs de suivi économique et financier entre 2002 et 2005. Ceux-ci fournissent une grille de lecture commune aux établissements publics et privés à but lucratif, sans pour autant nier leurs spécificités sectorielles. La comparaison directe entre les deux secteurs est délicate : outre des différences de vocabulaire et de concepts (par exemple celui de rentabilité économique), leurs modes de financement restent très différents, et ce malgré la montée en charge de la T2A. Par ailleurs, les indicateurs économiques et financiers des secteurs public et privé évoluent de manière divergente, surtout en 2005. Le résultat moyen des hôpitaux publics ainsi que les conditions de financement de leurs investissements se détériorent ; toutefois sur ce dernier point une aide leur est apportée au titre de leurs charges d'emprunts. Quant à l'ensemble des indicateurs des cliniques, il progresse, notamment leurs rentabilités économique et financière. Le secteur public est composé de plusieurs catégories d'établissements qui ne sont pas homogènes les unes avec les autres. Pour plus de détails se reporter à la publication suivante : Dumontaux N., Le Rhun B., Legendre M.-C., Villeret S., 2007, « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005 », *Études et Résultats*, n° 576, juin, DREES.

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

plus grande part des aides allouées aux établissements publics dans le cadre du volet investissement du plan Hôpital 2007 sont des aides en fonctionnement qui facilitent entre autre les remboursements d'emprunts. Cela permet d'expliquer l'augmentation de leur taux d'endettement, d'une part, et de nuancer le phénomène de dégradation des conditions de financement de leurs investissements d'autre part. La trésorerie des hôpitaux a, quant à elle, fortement progressé, atteignant en moyenne 2,5 milliards d'euros en 2005 contre 1,3 milliard d'euros en 2002. Elle augmente presque deux fois plus que les produits HR.

### Les cliniques privées

Le chiffre d'affaires (CA) moyen des établissements privés à but lucratif peut être estimé, en 2005, à 10 millions d'euros. Il progresse de 27 % entre 2002 et 2005 (tableau 2). Cette croissance est essentiellement liée au développement de l'activité ambulatoire, qui a augmenté de plus de 30 % entre 2002 et 2005, mais également à la hausse des tarifs. La progression du chiffre d'affaires est nettement plus marquée pour les cliniques MCO (+32 % entre 2002 et 2005) que pour les cliniques hors MCO (+16 % sur la même période).

Le taux de charge de personnel baisse de 2,4 points entre 2002 et 2005, passant de 46,2 % à 43,8 % du CA.

La rentabilité économique des cliniques, quant à elle, augmente de 1,9 point entre 2002 et 2005, dont 1,1 point entre 2004 et 2005, tandis que la rentabilité financière croît de 9 et 5 points durant ces mêmes périodes (tableau 2). En 2005, elles représentent respectivement 3,2 % du CA et 15,7 % des capitaux propres. Si la rentabilité économique progresse entre 2002 et 2005, elle augmente plus fortement pour le secteur MCO (+2,3 points) que pour le secteur hors MCO (+0,2 point). Ce dernier reste tout de même plus rentable que le secteur MCO.

Le taux de renouvellement des immobilisations des cliniques augmente de 4 points entre 2002 et 2005 (de 9,3 % à 13,3 % du CA). Ces évolutions s'inscrivent dans la logique du volet investissement du plan Hôpital 2007, qui s'applique entre 2003 et 2007. Le taux d'endettement des cliniques diminue de 1,3 point au cours de la période. Il est de 38,2 % en 2005. Le secteur hors MCO est moins endetté que le secteur MCO (36 % contre 38,7 % en 2005).

La trésorerie moyenne de l'ensemble des cliniques reste constante à 25 jours de CA entre 2002 et 2005. Cependant, durant cette période, 18 % des cliniques présentent une trésorerie négative. Les cliniques du secteur hors MCO ont une trésorerie supérieure à celle des cliniques MCO (respectivement 33 et 24 jours de CA en 2005). En revanche, les trésoreries de ces deux catégories d'établissements ont tendance à se rapprocher entre 2002 et 2005. ■

tableau 2 ● indicateurs relatifs aux cliniques privées

	Niveaux				Évolutions	
	2005	2004	2003	2002	Entre 2004 et 2005	Entre 2002 et 2005
CA moyens (en M€)	9 925	9 084	8 460	7 804	9,3%	27,2%
Taux de valeur ajoutée (en% du CA)	57,4%	56,7%	56,4%	56,1%	0,8	1,4
Taux de charges de personnel (en% du CA)	43,8%	45,0%	45,6%	46,2%	-1,2	-2,4
Rentabilité économique (en% du CA)	3,2%	2,1%	1,4%	1,3%	1,1	1,9
Rentabilité financière (en% des capitaux propres)	15,7%	10,8%	8,2%	6,9%	4,9	8,8
Taux de renouvellement des immobilisations (en%)	13,3%	9,8%	10,4%	9,3%	3,5	4,0
Capacité d'autofinancement (en% du CA)	6,4%	5,2%	4,8%	4,9%	1,2	1,5
Taux d'endettement (en%)	38,2%	38,0%	40,3%	39,5%	0,2	-1,3
Capacité de remboursement (en années de CAF)	2,2	2,5	2,7	2,8	-13,6%	-20,7%

Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : Diane, calculs DREES

Définition	Formule comptable
<b>Produits ou chiffre d'affaires (CA)</b>	
Mesure l'activité. Les produits ou CA correspondent essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).	Compte 70 (ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises)
<b>Charges de personnel</b>	
Correspondent aux charges salariales et patronales mobilisées par l'établissement pour la rémunération de ses salariés.	Compte 64 (charges de personnel)
<b>Taux de charges de personnel</b>	
Mesure le poids des charges de personnel par rapport à l'activité de l'établissement.	$(\text{Charges de personnel})/(\text{Produits ou CA})$
<b>Résultat net comptable (RNC)</b>	
Lorsqu'il est positif, il correspond à l'excédent dégagé par l'établissement dans le cadre de l'ensemble de son exercice comptable. Lorsqu'il est négatif, il s'agit d'un déficit.	Classe 7 (produits) – Classe 6 (charges)
<b>Rentabilité économique</b>	
Permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement.	$\text{RNC}/(\text{Produits ou CA})$
<b>Capitaux propres</b>	
Capitaux apportés lors de la création de l'établissement ou ultérieurement (principalement par les actionnaires pour les cliniques et par l'État pour les hôpitaux publics) ou laissés à la disposition de l'établissement en cas d'excédents.	Compte 10 (capital et réserves)+Compte 11 (report à nouveau)+Compte 12 (résultat de l'exercice)+Compte 13 (subventions d'investissements)+Compte 14 (provisions réglementées)
<b>Rentabilité financière</b>	
Mesure les marges potentiellement dégagées en direction de leurs actionnaires pour les cliniques.	$\text{RNC}/(\text{Capitaux propres})$
<b>Taux de renouvellement des immobilisations</b>	
Indique le rythme d'investissement d'un établissement.	$[\text{Investissements réalisés sur la période: augmentations par acquisitions, créations, apports des comptes d'immobilisations (comptes 20, 21, 22, 23, 26, 27)}]/[\text{Total de l'actif immobilisé brut enregistré en fin de période: solde des comptes d'immobilisations (comptes 20, 21, 22, 23, 26, 27)}]$
<b>Dettes financières</b>	
Liquidités mises à disposition par les créanciers de l'établissement avec une échéance de remboursement.	Compte 16 (emprunts et dettes assimilées)+Compte 17 (dettes rattachées à des participations)
<b>Taux d'endettement</b>	
Mesure le poids des dettes au sein des ressources stables de l'établissement.	$(\text{Dettes financières})/(\text{Capitaux propres}+\text{Dettes})$
<b>Trésorerie</b>	
Lorsque la trésorerie est positive, l'établissement dispose de liquidités. Lorsque la trésorerie est négative, l'établissement peut avoir à recourir à des financements supplémentaires à court terme (concours ou découverts bancaires).	$(\text{Trésorerie active}-\text{Trésorerie passive})\cdot 365/(\text{Produits ou CA})$

# 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, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour les établissements privés et au niveau des entités juridiques pour les établissements publics. Ceci permet, d'une part, une meilleure comparabilité et, d'autre part, une localisation plus fine des activités et des équipements.

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 90, 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 (Agence technique de l'information hospitalière<sup>3</sup>). 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 et de réadaptation fonctionnelle (SSR). Les recueils pour l'hospitalisation à domicile et la psychiatrie (après une première expérimentation) se mettent en place.

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 maladies (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.

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.

Ce redressement effectué, le PMSI contient 99 % des journées et venues (hors séances) recensées dans la SAE. La 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 en fait effectués : la non-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 réalisé par strate d'établissements (croisement du statut juridique, du type d'établissement et du département d'implantation). Ces redressements sont indispensables pour permettre la comparaison d'une année

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)

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, en raison de rupture de série, le renouvellement profond de la SAE lors de sa refonte en 2000 rend parfois difficile l'analyse des évolutions.

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 un jour, hors nouveau-nés restés près de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogène avec la SAE.

- **Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus de un jour**

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

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

Dans le PMSI, le mode d'hospitalisation est défini par la durée constatée du séjour : une durée de séjour inférieure à deux jours classe celui-ci en CM 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 CM 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 sour-

ces 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, « médical » si le lit est catalogué en médecine. Ce classement est cohérent avec la logique de la SAE, qui est orientée vers l'analyse des moyens (facteurs de production) mobilisés pour un malade.

Le PMSI 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, de soins de suite et réadaptation ainsi que de soins de longue durée sont issues de la SAE. Les données sur l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique et les caractéristiques des séjours sont, elles, issues du PMSI-MCO. Les séances ne sont pas comptabilisées dans l'activité en hospitalisation complète ou partielle, de même que les données relatives aux établissements du service de santé des armées.

4. Les données sur la psychiatrie sectorisée sont complétées par les données des rapports de secteur (voir fiches relatives à la psychiatrie, p. 62 et p. 66).