

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

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

Bien qu'ils ne totalisent que 37 % de l'activité de chirurgie en 2016, les hôpitaux publics ont la quasi-exclusivité de certains domaines d'activité (*graphique 1*), notamment pour les prises en charge les plus complexes comme la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (97 %), les transplantations d'organes (96 %) ou la chirurgie réparatrice après brûlures (90 %), dont les greffes de peau. Les autres interventions majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, comme la chirurgie du système nerveux central (89 %) [*tableau 1*]. Par ailleurs, une intervention d'ophtalmologie sur quatre est réalisée dans les établissements publics ; cette part est beaucoup plus élevée pour les interventions lourdes (45 %), comme celles sur l'orbite (66 %). De la même manière, en chirurgie orthopédique, la part du secteur public est de 37 %, mais elle s'élève à 60 % pour les amputations. En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements publics n'est que de 37 %.

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

La chirurgie est l'activité principale des établissements privés à but lucratif. Ceux-ci prennent en charge 54 % des séjours chirurgicaux en 2016. La part des cliniques privées est prépondérante dans plusieurs domaines d'activité : elle atteint notamment 67 % pour les interventions ophtalmologiques et 58 % pour la chirurgie ORL et stomatologique. Elles réalisent 67 % des chirurgies de la main et du

poignet, 73 % des arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires, 70 % de la chirurgie de la cataracte, 64 % des amygdalectomies, ablations des végétations et poses de drains transtympaniques, et 68 % des circoncisions hospitalisées. Contrairement aux établissements publics, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est majoritaire (58 %), du fait d'une plus grande spécialisation dans des interventions peu complexes.

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

En 2016, les établissements privés à but non lucratif assurent 9 % du total de l'activité chirurgicale. Ce secteur regroupe en particulier les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Comme pour la médecine (voir fiche 13, « La spécialisation en médecine »), l'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre sur le traitement des pathologies cancéreuses. Ils réalisent 14 % de l'activité de chirurgie gynécologique et même 32 % des traitements chirurgicaux des tumeurs malignes du sein. La part de l'ambulatoire dans leur activité chirurgicale totale atteint 50 %.

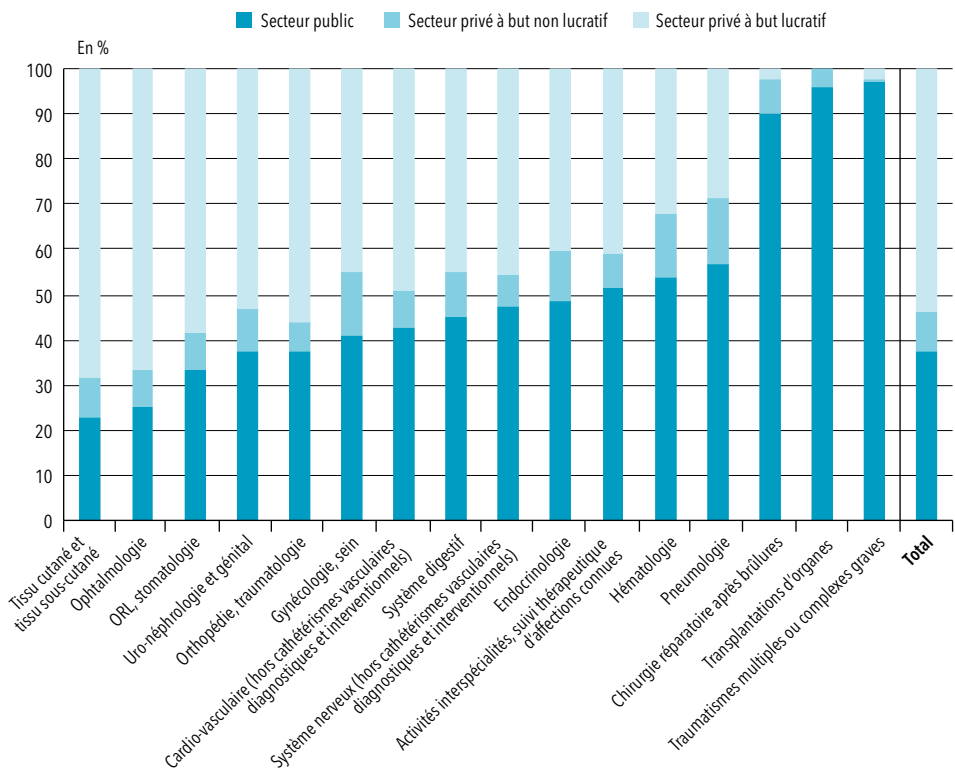
Le volume de séjours reste porté par l'ambulatoire en 2016

En 2016, le nombre global de séjours chirurgicaux augmente de 2,0 %, mais des évolutions contrastées sont observées selon les domaines d'activité. Ainsi, l'activité reste dynamique pour la chirurgie ophtalmologique (+4,2 %) et pour la chirurgie réparatrice après brûlures (+7,4 %), même si pour cette dernière le nombre de séjours reste limité. À l'inverse, le nombre de séjours diminue dans les domaines de la chirurgie

cardio-vasculaire (avec une diminution des ligatures de veines et de la chirurgie valvulaire) et de l'hématologie. La hausse globale des volumes d'activité est portée par une croissance forte de la chirurgie ambulatoire, quel que soit le secteur (+6,3 % pour le secteur privé à but lucratif, +8,0 % pour le privé à but non lucratif et +9,1 % pour le public), tandis que le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue (-2,7 %).

Ces évolutions n'affectent pas la répartition des séjours entre secteurs qui reste stable entre 2015 et 2016, toutes activités chirurgicales confondues. Toutefois, pour les interventions de chirurgie gynécologique et du sein, et plus particulièrement la chirurgie des tumeurs malignes de l'appareil génital féminin, la part du secteur public augmente de plus de 1 point, au détriment du secteur privé lucratif. ■

Graphique 1 Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2016



Lecture > 25,3 % de l'activité chirurgicale en ophtalmologie sont pris en charge par le secteur public, contre 66,8 % par le secteur privé à but lucratif et 7,9 % par le secteur privé à but non lucratif.

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

Source > ATIH, PMSI-MCO 2016, traitements DREES.

Tableau 1 Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2016

	Nombre de séjours	Évolution 2015-2016 (en %)	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble de l'activité chirurgicale	5 669 668	2,0	37,2	8,8	54,0
Orthopédie et traumatologie, dont :	1 541 848	1,4	37,2	6,9	56,0
chirurgie main, poignet	365 517	2,2	26,8	6,7	66,5
chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur, genou)	356 428	2,3	43,9	8,0	48,1
arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	255 256	0,4	20,1	6,8	73,0
chirurgie du membre supérieur	115 084	-0,3	59,5	4,9	35,6
amputations	12 831	0,5	60,3	7,2	32,5
Ophthalmologie, dont :	1 004 934	4,2	25,3	7,9	66,8
cataractes	827 944	4,3	22,3	7,9	69,8
chirurgie ophtalmique lourde	81 373	5,8	44,8	7,5	47,7
Système digestif, dont :	753 346	1,8	44,8	10,4	44,8
hernies	218 478	0,3	39,9	10,8	49,3
cholécystectomies	116 803	1,7	47,1	9,8	43,1
appendicectomies	68 357	-5,8	63,5	6,5	30,0
Gynécologie - sein, dont :	483 223	0,6	40,7	14,3	45,1
chirurgie utérus/annexes	162 352	0,6	47,3	8,6	44,1
chirurgie pour tumeurs malignes du sein	78 142	1,2	29,7	31,8	38,5
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	507 792	2,1	37,2	9,5	53,4
chirurgie transurétrale, autres	216 012	3,8	39,3	9,9	50,8
circoncisions	93 356	-1,2	25,1	6,8	68,1
ORL, stomatologie, dont :	372 311	1,7	33,5	8,1	58,4
amygdalectomie, ablation des végétations et pose de drains transtympaniques	167 992	1,5	28,2	8,2	63,6
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	319 517	-0,9	42,6	8,6	48,9
Chirurgie interspécialités	180 544	2,1	51,3	8,0	40,7
Tissu cutané et tissu sous-cutané	193 909	2,8	23,0	8,6	68,4
Système nerveux, dont :	164 675	3,3	47,4	7,0	45,6
chirurgie rachis/moelle	125 051	3,2	35,3	7,6	57,1
chirurgies SNC (système nerveux central)	27 376	3,3	88,8	5,1	6,1
Endocrinologie	66 330	4,1	48,5	11,2	40,3
Pneumologie	37 357	2,0	56,9	14,5	28,6
Hématologie	28 906	-0,8	53,7	14,4	31,9
Traumatismes multiples ou complexes graves	6 109	3,3	97,1	1,0	1,9
Transplantations d'organes	5 633	1,5	96,2	3,8	0,0
Chirurgie réparatoire après brûlures	3 234	7,4	90,4	7,4	2,3

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) se fait à partir des CAS (catégories d'activités de soins, établies sur le 3^e caractère du GHM).

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2015-2016, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2016 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Source

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

Méthodologie

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

Définitions

> **Identification des séjours de chirurgie** : voir fiche 10, « Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : activité et capacités ».

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

Pour en savoir plus

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

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

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