PANORAMAS DE LA DREES SANTÉ

Les établissements de santé

ÉDITION 2016

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

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

PANORAMAS

Les établissements de santé

ÉDITION 2016

PANORAMAS

Les établissements de santé – édition 2016

Sous la direction de **Gwennaëlle Brilhault**

Coordination
Bénédicte Boisguérin

Rédaction
Sophie Alleaume, Bénédicte Boisguérin, Marion Bouvet, Fabienne Coquelet, Céline Dennevault, Inès Khati, Ingrid Lefebvre-Hoang, Léa Mauro, Élodie Pereira, Christine de Peretti, Annick Vilain, Albert Vuagnat, Engin Yilmaz

Directeur de la publication
Franck von Lennep

Responsables d'édition
Souphaphone Douangdara et Carmela Riposa

Secrétaire de rédaction
Laurence Grivet

Maquettiste
DREES

Création graphique
Philippe Brulin

Avant-propos

Dans la collection « Panoramas », ***Les établissements de santé*** proposent, chaque année, une synthèse des principales données disponibles sur les établissements de santé français. Pour la présente édition, ce sont les données de l'année 2014 qui sont présentées pour la France métropolitaine et les départements et régions d'outre-mer (La Martinique, la Guadeloupe[1], la Guyane, La Réunion et Mayotte).

Cet ouvrage est élaboré à partir des sources de référence que sont, notamment, la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et les Programmes de médicalisation des systèmes d'information pour la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (PMSI-MCO), les soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR), la psychiatrie (RIM-P) et l'hospitalisation à domicile (PMSI-HAD). Les données comptables des hôpitaux publics et des cliniques privées, ainsi que les déclarations annuelles de données sociales (DADS), complètent les sources mobilisées pour cet ouvrage.

À travers une quarantaine de fiches pédagogiques et synthétiques, accompagnées d'illustrations, de tableaux, de cartes et de graphiques, cet ouvrage fournit les chiffres clés sur l'activité et les capacités des structures hospitalières, ainsi que sur les personnels et leur rémunération. Il propose une analyse plus détaillée d'activités spécifiques comme la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins de suite et de réadaptation ou encore la médecine d'urgence. Il présente également des éléments de cadrage économique et financier. Les principales définitions nécessaires à la compréhension du texte et les références bibliographiques les plus pertinentes sont intégrées dans chaque fiche.

---

1. Y compris les deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélémy qui totalisent 94 lits d'hospitalisation et sont gérés par l'agence régionale de santé de Guadeloupe (présents historiquement dans la Statistique annuelle des établissements de santé).

Cet ouvrage, publié annuellement par la DREES depuis le début des années 2000, n'a pas été publié en 2015 sur les données 2013. Ce choix est lié à une refonte importante de la SAE (voir la fiche « Les grandes sources de données sur les établissements de santé »), qui a permis notamment de réduire le temps nécessaire à la mise à disposition des données collectées par cette enquête. L'option retenue a été de prévoir une publication sur les données 2014 en milieu d'année 2016 plutôt qu'en fin d'année, comme c'était le cas auparavant. Au lieu de publier de façon très rapprochée un ouvrage sur les données 2013 puis un autre sur les données 2014, il a été décidé d'accompagner la publication de cet ouvrage sur les données 2014 d'une mise en ligne des données 2013 correspondant aux illustrations de chaque fiche et disponibles sur le site Internet de la DREES. À noter que la refonte de la SAE induit plusieurs changements de concepts importants, d'où des ruptures de séries pour certaines données par rapport à celles de 2012 et aux années antérieures. La DREES a cherché à les limiter autant que possible et les a signalées dans différentes fiches.

Sommaire

Les établissements de santé – édition 2016

Vue d'ensemble 9

Fiches thématiques 17

Éléments de cadrage juridique et institutionnel **19**

Fiche 1 • Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel 20

Données de cadrage **35**

Fiche 2 • Les grandes catégories d'établissements de santé 36

Fiche 3 • Les capacités d'accueil à l'hôpital 40

Fiche 4 • L'activité en hospitalisation complète et partielle 44

Fiche 5 • Les autres prises en charge hospitalières 48

Fiche 6 • Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens 52

Fiche 7 • Les internes dans les établissements de santé 56

Fiche 8 • Personnels non médicaux salariés et sages-femmes 60

Fiche 9 • Les salaires dans le secteur hospitalier 64

Fiche 10 • Les établissements de santé dans les départements et régions d'outre-mer : activité et capacités 68

Médecine, chirurgie, obstétrique **73**

Fiche 11 • Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités 74

Fiche 12 • Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle 78

Fiche 13 • Médecine, chirurgie, obstétrique : principaux motifs de recours 81

Fiche 14 • La spécialisation en médecine 84

Fiche 15 • La spécialisation en chirurgie 88

Fiche 16 • La spécialisation en obstétrique 92

Les plateaux techniques **95**

Fiche 17 • L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux 96

Fiche 18 • L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif 98

Les « autres » disciplines hospitalières **103**
Fiche 19 • L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé 104
Fiche 20 • Les patients suivis en psychiatrie 108
Fiche 21 • Les structures d'hospitalisation à domicile 112
Fiche 22 • Les patients hospitalisés à domicile 116
Fiche 23 • Les établissements de soins de suite et de réadaptation 120
Fiche 24 • La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation 124
Fiche 25 • Les parcours de soins hospitaliers 128

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière **133**
Fiche 26 • La lutte contre les infections nosocomiales 134
Fiche 27 • La naissance : les maternités 137
Fiche 28 • La naissance : caractéristiques des accouchements 141
Fiche 29 • La médecine d'urgence 144
Fiche 30 • Les interruptions volontaires de grossesse 148

La situation économique du secteur **153**
Fiche 31 • La part des établissements de santé dans la consommation de soins 154
Fiche 32 • La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif 157
Fiche 33 • La situation économique et financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif 160
Fiche 34 • La situation économique et financière des hôpitaux publics 164

Les sources de données **169**
Fiche 35 • Les grandes sources de données sur les établissements de santé 170

Annexe **179**

Annexe • Liste des sigles 180

1

Vue d’ensemble <

Fiches thématiques

Annexe

Vue d'ensemble

Dans un contexte épidémiologique marqué depuis plusieurs années par l'accroissement des pathologies chroniques et le vieillissement de la population, les modes d'intervention et l'organisation des établissements de santé se transforment progressivement et en profondeur, en même temps que leur positionnement dans le système de soins. Ils doivent répondre simultanément à des besoins très différents, allant de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques rapides, technicisées, en lien avec le développement de l'ambulatoire, à des traitements plus lourds et plus longs pour des patients en affections de longue durée ou des patients âgés souvent polymédiqués.
Le secteur hospitalier français présente donc un paysage varié, dans lequel les établissements de santé s'adaptent aux modifications de leur environnement par des restructurations régulières et la mise en place de formes de coopération très diverses. Ce secteur fait cohabiter des établissements de trois statuts juridiques différents, combinant des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public très variés. Les statuts des personnels travaillant dans ces établissements sont à l'image de cette diversité.

Un paysage hospitalier très varié

Au 31 décembre 2014, on compte en France 3 111 structures hospitalières disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (donc sans nuitée, comptées en places). Ce nombre correspond au nombre d'établissements géographiques pour le secteur public comme pour le secteur privé, alors que dans les éditions précédentes, le nombre indiqué pour le secteur public correspondait au nombre d'entités juridiques. Ces structures hospitalières peuvent être de tailles et de natures très différentes.

Parmi les 1 416 établissements géographiques du secteur public coexistent trois types d'établissements qui se différencient selon leurs missions : 182 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR) assurent les soins les plus spécialisés à la population de la région (voire d'autres régions), ainsi que les soins courants à la population la plus proche ; 973 centres hospitaliers (y compris ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, prennent en charge la plupart des courts séjours en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), ainsi que les soins destinés aux personnes âgées ; 97 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie ; enfin la majorité des 164 autres établissements publics correspondent à des établissements de soins de longue durée.

Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les cliniques privées à but lucratif (1 012 au total) et les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) qui se répartissent en 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC) et 662 établissements privés à but non lucratif. Le nombre des établissements géographiques de statut privé a diminué sous l'effet des réorganisations et restructurations. Ces mouvements tiennent à de nombreux facteurs, liés à la rationalisation et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

La majorité des séjours à l'hôpital durent désormais moins de un jour

En 2014, le secteur hospitalier a pris en charge 12 millions de séjours en hospitalisation complète et 15 millions de journées en hospitalisation partielle. La répartition de l'activité hospitalière entre temps

complet et temps partiel a ainsi fortement évolué : l'hospitalisation partielle poursuit sa progression, notamment en court séjour et en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation, SSR) où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. Le nombre de séjours en hospitalisation complète diminue régulièrement depuis une vingtaine d'années et s'est globalement stabilisé ces dernières années, en lien avec le vieillissement de la population. Le nombre de journées d'hospitalisation complète décroît, lui, très légèrement, en raison notamment de la baisse de la durée moyenne des séjours.

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 concerne plus de 86 % des prises en charge, le moyen séjour 9 % et la psychiatrie 5 %. Les soins de longue durée constituent, à présent, une part négligeable de l'activité. En hospitalisation à temps partiel, les soins de courte durée représentent 45 % des journées, le moyen séjour 22 % et la psychiatrie 33 %. Dans ce dernier secteur, les alternatives à l'hospitalisation ont été développées depuis les années 1970 : à côté des prises en charge à temps complet et à temps partiel s'est fortement développée la prise en charge en ambulatoire, qui est désormais la plus courante. Ainsi, 76 % des patients reçus au moins une fois en psychiatrie dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme. En 2014, plus de 20 millions d'actes ont été réalisés en ambulatoire, notamment dans les 3 600 centres médico-psychologiques (CMP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire.

Les alternatives à l'hospitalisation classique se développent

À ces prises en charge, il faut ajouter 12,3 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse, elles aussi réalisées pour la plupart en ambulatoire (2,3 millions de séances de chimiothérapie, 6,2 millions de séances de dialyse et 3,8 millions de radiothérapie). Les séances de radiothérapie sont pratiquées essentiellement dans les cliniques privées. Le secteur public occupe, lui, une place prépondérante dans l'activité de chimiothérapie, avec 50 % des séances. Les 21 CLCC prennent également en charge une partie importante de l'activité de radiothérapie (21 % des séances en ambulatoires) et de chimiothérapie (13 %).

Parmi les alternatives à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD) se développe progressivement. Elle propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville : elle permet d'assurer au lieu de vie du patient des soins médicaux et paramédicaux afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en court ou moyen séjour. En 2014, 174 000 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,4 millions de journées (soit 4 % des journées d'hospitalisation complète). Les 319 structures d'HAD comptabilisées en France sont en mesure de prendre en charge simultanément 14 419 patients.

Un nombre annuel de passages aux urgences en hausse

En 2014, les 723 structures des urgences françaises ont pris en charge 19,7 millions de passages, soit une progression de 4 % par rapport aux flux observés en 2013. Sur une plus longue période, le nombre annuel de passages continue de progresser. En 1996, il s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine et chaque année, il augmente en moyenne de 3 %. Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 27 000 patients par an, avec un nombre moyen de passages plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (24 000 passages en moyenne par an, contre 28 000). Les petites unités sont les plus nombreuses : 23 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et six structures sur dix, moins de 30 000. À l'autre extrémité, 20 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 39 % de l'ensemble des passages.

Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 103 SAMU et 414 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades.

Augmentation des capacités d'hospitalisation à temps partiel et réduction des disparités régionales

En parallèle de l'évolution de l'activité hospitalière, on observe une évolution des capacités

d'accueil : l'organisation de l'offre de soins évolue sur l'ensemble du territoire depuis plus d'une décennie vers une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein et une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel, avec des disparités régionales qui se réduisent progressivement. En 2014, on compte 411 000 lits d'hospitalisation à temps complet dans les établissements de santé, soit une baisse de 57 000 lits d'hospitalisation en onze ans. La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et a concerné la quasi-totalité des disciplines. Le nombre de lits en court séjour et en psychiatrie a diminué tout au long de la période. Seules les capacités en moyen séjour ont continué d'augmenter.

En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 73 000 places en 2014. Entre 2003 et 2014, environ 14 000 places d'hospitalisation à temps partiel ont été créées en court séjour, venant compléter les 18 000 places déjà existantes. En psychiatrie, le nombre de places a faiblement augmenté depuis 2003 (+2 900 places, soit une hausse moyenne de 1 % par an). En moyen séjour, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, 6 000 places ont été créées en onze ans.

Cette évolution a été rendue possible, en court séjour notamment, par des innovations de technologies médicales et de traitements médicamenteux (notamment en anesthésie), qui permettent d'effectuer en toute sécurité un nombre croissant d'interventions en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation s'accompagnant de nuitées. On parle de virage ambulatoire pour désigner ce mouvement, qui traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Des disciplines d'activité différentes selon le statut juridique

Les portefeuilles d'activité des établissements de santé par modes de prise en charge et par grandes disciplines font apparaître leur spécialisation : les soins de longue durée et la psychiatrie sont, par exemple, essentiellement pris en charge par les établissements publics, notamment pour l'activité de psychiatrie à temps partiel. L'activité de soins de moyen séjour est mieux répartie entre les différents types d'établissements, avec 40 % de séjours à temps partiel et 27 % de séjours à temps complet accueillis dans les établissements privés à but non lucratif. Les soins de courte durée en hospitalisation complète sont, eux, essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques privées, et 50 % des séjours d'hospitalisation partielle relèvent du secteur privé à but lucratif. Enfin, l'activité d'HAD est dominée par le secteur privé à but non lucratif.

Plus précisément, pour le court séjour, l'activité de médecine est prédominante dans le secteur public, tandis que les cliniques privées réalisent plus de la moitié de l'activité chirurgicale. Les établissements privés à but non lucratif sont dans une position intermédiaire, avec une activité de médecine proportionnellement plus faible que dans le public mais plus forte que dans le privé à but lucratif, et une activité de chirurgie concentrée sur la chirurgie du cancer, notamment dans les CLCC.

Malgré la prédominance du secteur privé à but lucratif dans l'activité chirurgicale, moins de la moitié des 7 400 salles d'intervention chirurgicale existant en France en 2014 sont situées dans des cliniques privées. Ces dernières pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics. Ce constat peut s'expliquer par la forte part de leur activité en chirurgie ambulatoire, qui suppose une hospitalisation de moins de un jour et recouvre des actes quasi exclusivement programmés. Tandis que les cliniques privées réalisent 65 % de la chirurgie ambulatoire (notamment la chirurgie de la cataracte, l'arthroscopie, la chirurgie des varices, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes avec des temps de réalisation plus longs. Le secteur public dispose aussi plus souvent de salles chirurgicales dédiées à l'urgence, ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il prend d'ailleurs en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence : sur les 643 établissements de santé intégrant les 723 structures d'urgences, 482 sont des établissements publics.

Le poids des différents statuts juridiques est par ailleurs très variable selon les régions. Le secteur privé à but lucratif est par exemple plus présent dans les régions du sud de la France pour le court séjour.

L'activité d'HAD est, elle, fortement concentrée sur certaines parties du territoire français, notamment à Paris et dans les Hauts-de-Seine, départements où ont été créées à la fin des années 1950 les deux premières structures françaises d'HAD.

L'organisation sanitaire des cinq départements ou régions français d'outre-mer (DROM) revêt, elle, une grande diversité. La Martinique et la Guadeloupe ont une capacité et une activité hospitalières comparables à celles de la Métropole, tandis qu'en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, la capacité, rapportée à la population, est nettement moins élevée et moins variée.

La majorité des parcours de soins sont constitués d'un épisode unique

En 2014, 12,3 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour près des trois quarts des patients, l'hospitalisation a été un épisode unique au cours de l'année, cet épisode unique pouvant correspondre à un seul séjour ou à deux prises en charge successives, en court séjour puis en moyen séjour, pour de la rééducation par exemple. Les patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année sont principalement réadmis en court séjour et ont des pathologies particulières, notamment des affections du sang ou des tumeurs.

La prise en charge a été faite exclusivement en court séjour pour 88,7 % des patients, exclusivement en moyen séjour pour 1,1 %, exclusivement en HAD pour 0,1 %, et exclusivement en psychiatrie pour 1,9 % ; un million de patients (8,2 %) ont eu une prise en charge en hospitalisation dans différents champs sanitaires en 2014.

Les motifs de recours les plus fréquents en court séjour sont liés aux maladies de l'appareil digestif

En 2014, les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients hospitalisés en court séjour, tous âges et tous sexes confondus, sont les maladies de l'appareil digestif, suivies des tumeurs et des maladies de l'appareil circulatoire. Ces motifs de recours en MCO varient bien sûr avec l'âge : avant 15 ans, ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui dominent, tandis que, pour les plus de 75 ans, les premiers motifs de recours sont les maladies de l'appareil circulatoire. Les femmes et les hommes recourent aussi aux soins hospitaliers pour des motifs différents : les séjours liés à la maternité représentent 40 % des hospitalisations en MCO pour les femmes âgées de 15 à 44 ans.

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

À la suite d'un long processus de restructuration et de concentration des maternités débuté dans les années 1970 pour encadrer la pratique des accouchements et réduire les risques pour l'enfant et la mère, on dénombre, en 2014, 540 maternités en France : 237 maternités dites de type 1 (possédant un service d'obstétrique), 234 de type 2 (possédant un service d'obstétrique et un service de néonatologie) et 69 de type 3 (possédant en plus un service de réanimation néonatale). Elles totalisent 17 400 lits d'obstétrique et ont réalisé environ 806 000 accouchements, dont 800 000 sans décès d'enfant.

Les maternités disposant d'un service de néonatologie ou de réanimation néonatale (type 2 ou 3) sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (80 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 71 % des lits et 76 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de type 2 ou 3 s'élevait à 43 %. Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2014, contre la moitié en 2002.

En 2014, près de 40 % des maternités de France métropolitaine réalisent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996. La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2014, en France métropolitaine, une maternité de type 1 effectue en moyenne 816 accouchements par an, une maternité de type 2 en accomplit 1 724, et une maternité de type 3 en réalise 3 076.

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

En 2014, 187 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en établissement de santé en France. En ajoutant les 36 700 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville et les 2 900 IVG réalisées en centre de santé et en centre

de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009, le total représente 226 000 IVG en 2014. En établissement, 8 IVG sur 10 sont réalisées à l'hôpital public.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 15,5. Il s'établit à 15 en Métropole et varie du simple au triple d'un département à l'autre : de 8 IVG en Haute-Loire à 24 en Corse du Sud. L'Île-de-France et tout le sud-est de la Métropole se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne, proches de 20 IVG pour 1 000 femmes. Dans les DROM, les taux de recours, largement supérieurs à ceux observés en Métropole, s'élèvent, en 2013, à 21 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 et 49 ans à La Réunion, 26 en Martinique, en Guyane et à Mayotte et 40 en Guadeloupe.

Les personnels hospitaliers sont composés, en 2014, de 187 000 médecins et de 1 000 000 personnels non médicaux, en équivalent temps plein

Dans les établissements de santé, le personnel est composé de médecins, odontologistes et pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes en formation, des sages-femmes et des personnels non médicaux. Selon la profession exercée et le statut de l'établissement, les uns sont salariés à temps plein ou à temps partiel, les autres sont des libéraux, rémunérés à l'acte directement par le patient (ou sa caisse d'assurance maladie).

En 2014, le nombre d'emplois médicaux, y compris les internes, dans les établissements de santé s'établit à 187 000 (+1,6 % par rapport à 2013). Les emplois salariés, qui représentent 7 emplois sur 10, et le nombre de libéraux augmentent. 85 % des libéraux sont concentrés dans les établissements privés à but lucratif.

Les personnels non médicaux et les sages-femmes représentent, en 2014, plus d'un million de salariés en équivalent temps plein (ETP), soit une légère augmentation par rapport à 2013 (+0,5 %). Les trois quarts de ces ETP exercent dans des hôpitaux publics, le quart restant se répartissant à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées. Sur l'ensemble des établissements de santé, ces personnels se répartissent en 134 000 personnels administratifs, 111 000 personnels techniques et 707 000 personnels soignants (dont 15 000 sages-femmes, 311 000 infirmiers et 227 000 aides-soignants).

Les modes de financement évoluent

Avec 88,6 milliards d'euros en 2014, le secteur hospitalier représente près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. La consommation de soins s'élève à 68,3 milliards d'euros pour le secteur public et à 20,3 milliards pour le secteur privé. Le financement des établissements est donc un enjeu majeur du système de santé compte tenu du poids important des soins hospitaliers. Il s'est profondément modifié à la suite de l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 pour les activités de court séjour et d'HAD, quel que soit le statut juridique de l'établissement. Le financement de ces activités était fondé auparavant sur une dotation annuelle pour les établissements publics et sur un mécanisme du type « paiement à la journée » pour le secteur privé.

Des évolutions de ce système de tarification sont en cours : incitations financières à l'amélioration de la qualité (IFAQ), révision du périmètre de la tarification, réflexions sur la notion de financement au parcours, etc.

Une situation financière plus favorable dans les cliniques privées en 2014

La situation des cliniques privées s'est améliorée en 2014, notamment *via* l'effet du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), qui a permis de réduire les charges de ces établissements. Ainsi, après une baisse en 2012, la rentabilité nette s'accroît depuis 2013 pour atteindre 3,5 % du chiffre d'affaires en 2014.

Les hôpitaux publics restent déficitaires pour l'année 2014 avec une légère dégradation. Ces établissements enregistrent un déficit de leur résultat net de près de 250 millions d'euros en 2014, soit environ 0,4 % des produits. Toutefois, ce niveau de déficit est moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011.

Enfin, pour les établissements privés d'intérêt collectif anciennement sous dotation globale, le déficit se creuse en 2014 et représente 0,6 % des produits totaux. Près de quatre établissements sur dix sont déficitaires. ■

2

Vue d’ensemble

Fiches thématiques <

Annexe

Éléments de cadrage juridique et institutionnel

01 Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leur statut juridique, leurs missions et activités, ainsi que par leurs modes de financement. Ce chapitre présente le cadre juridique qui prévaut en 2016, après la promulgation de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. L'année de référence des données présentées dans l'ouvrage est 2014. De petites différences peuvent subsister entre le cadre législatif et réglementaire présenté dans ce chapitre et les données présentées dans les fiches, notamment pour les catégories d'établissements ou de personnels. Par exemple, la présentation traditionnelle établissements publics, établissements privés à but non lucratif et établissements privés à but lucratif est conservée pour l'année 2014 dans certaines fiches, même si la catégorie des établissements de santé privés d'intérêt collectif est censée se substituer à la catégorie des établissements de santé privés à but non lucratif.

I – Le statut des établissements de santé

Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé. Selon l'article L. 6141-1 du Code de la santé publique, « les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État […]. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial. » Ces établissements « sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire ». « Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas […] » (article L. 6141-1). « Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux (CHR) ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche » (article L. 6141-2). La majeure partie des CHR sont aussi des centres hospitaliers universitaires (CHU), centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire. Les CHU participent également à la recherche médicale et pharmaceutique et aux enseignements paramédicaux, sans porter préjudice aux attributions des autres établissements de recherche et d'enseignement (article L. 6142-1). Les établissements publics de santé peuvent par ailleurs créer une ou plusieurs fondations hospitalières « dotées de la personnalité morale », […] pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche. Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles applicables aux fondations d'utilité publique […] s'appliquent. […]. »

Les établissements privés sont soit à but lucratif, soit à but non lucratif. Dans ce dernier cas, ils sont généralement issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes. Pour les établissements à but lucratif, souvent dénommés cliniques privées, plusieurs personnes morales peuvent coexister : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique (appareillages de chirurgie, d'imagerie, etc.). Les établissements privés à but non lucratif peuvent être qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) dès lors qu'ils assurent le service public hospitalier. En effet, selon l'article L. 6161-5, « sont qualifiés d'établissements de santé privés

d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1° du II de l'article 1er de la loi n°2014-856 du 31 juillet 2014, relative à l'économie sociale et solidaire, remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnée à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif ». Cette qualité n'est donc pas liée à une échelle tarifaire, alors que les ex-participants au service public hospitalier (PSPH) étaient nécessairement sur l'échelle publique dite « ex-dotation globale (DG) ». C'est ainsi que plusieurs établissements de dialyse se sont déclarés ESPIC bien qu'ils soient sur l'échelle de tarif privée dite « ex-objectif quantifié national (OQN) ».

II – Les missions des établissements de santé

Les missions générales

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 « assurent dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre comme le lieu de résidence ou bien l'établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé, en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. » Les établissements de santé peuvent également développer des alternatives à l'hospitalisation qui ont « pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée ». Les prestations ainsi dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par :

1° les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie ;

2° les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.

« Dans les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale. Dans les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont mis en œuvre, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire » (article R. 6121-4).

Par ailleurs, les établissements « mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits » (article L. 6111-1-1) et « peuvent être appelés par le directeur général de l'agence régionale de santé à assurer, en tout ou partie, la permanence des soins, dans des conditions définies par voie réglementaire » (article L. 6111-1-3). En outre, les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux (article L. 6111-2). Les établissements de

santé peuvent aussi créer et gérer des services et des établissements sociaux et médico-sociaux, comme des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ainsi que des centres de santé (article L. 6111-3).

La participation au service public hospitalier

Aux activités générales d'hospitalisation des patients confiées à tous les établissements de santé s'ajoutent d'autres missions également définies à l'article L. 6111-1. Cet article prévoit ainsi qu'« ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical. »

Ces missions peuvent, sans que cela constitue une obligation, être réalisées dans le cadre du service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique. Dans cette situation, les établissements publics de santé et les hôpitaux des armées, par obligation légale, ainsi que les établissements qui en ont fait le choix et habilités par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) à cette fin, sont tenus de respecter trois types d'obligations définies à l'article L. 6112-2 :

– des garanties accordées aux patients pour faciliter l'accès aux soins, dont notamment l'absence de dépassement d'honoraires ;
– des obligations dans le fonctionnement de l'établissement afin d'en rendre la gestion plus transparente (transmissions des comptes) mais surtout afin que la parole des usagers soit entendue et prise en compte (participation des usagers à la gouvernance de l'établissement) ;
– des garanties contribuant à la qualité et à l'accessibilité des soins au niveau des territoires.

III – Les personnels travaillant dans les établissements de santé relèvent de statuts diversifiés

Les personnels des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

Les personnels intervenant dans les établissements publics sont en grande majorité salariés (tableau 1). Les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires comprennent :

– des personnels titulaires : les professeurs des universités praticiens hospitaliers (PU-PH) et maîtres de conférence praticiens hospitaliers (MCU-PH) qui sont des fonctionnaires en leur qualité d'enseignants-chercheurs ;
– des praticiens hospitaliers universitaires (PHU) qui exercent leurs fonctions à titre temporaire ;
– des personnels non titulaires : les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux (CCA) et les assistants hospitaliers universitaires (AHU).

Les praticiens hospitaliers (PH) sont régis par des statuts spécifiques figurant dans le Code de la santé publique et ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière. De même, les praticiens contractuels, assistants des hôpitaux et praticiens attachés sont régis par des dispositions statutaires prévues par le Code de la santé publique. Ces médecins interviennent dans l'ensemble des centres hospitaliers. Avec la mise en œuvre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), les conditions d'exercice des praticiens libéraux au sein des établissements publics ont été élargies. Ils peuvent désormais être autorisés, dans l'ensemble des établissements publics, à participer à l'exercice des missions de service public ainsi qu'aux activités de soins. Ainsi, selon l'article L. 6146-2, « le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires, à participer à l'exercice des missions de service public attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires

Tableau 1 Statuts et lieux d'exercice des médecins : tableau théorique

Statuts		Lieux d'exercice et types d'établissements		
		Établissements publics	Établissements de santé privés d'intérêt collectif, dont CLCC	Autres établissements privés
Salarié	Fonctionnaire (PU-PH et MCU-PH) Personnels temporaires (PHU) Personnels non titulaires (CCA/AHU)	Article L952-21 du Code de l'éducation. Articles 1er des décrets n° 84-135 du 24/02/1984 et n° 90-92 du 24/01/1990	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L6142-5 du Code de la santé publique)	Affectation dans le cadre d'une convention d'association (article L6142-5 du Code de la santé publique)
	Salarié de droit public, praticien, attachés, PH	Articles R6152-1 et 6152-604 du Code de la santé publique	Détachement de PH (article R6152-51 du Code de la santé publique)	Détachement (article R6152-51 du Code de la santé publique)
Salarié de droit privé				
Profession libérale		Possible (articles L6146-2 et L6112-4 du Code de la santé publique)	Article L6161-9 du Code de la santé publique	Article L162-5 du Code de la Sécurité sociale
En formation (interne)		Article R6153-8 du Code de la santé publique	Article R6153-9 du Code de la santé publique	Article R6153-9 du Code de la santé publique

Peu fréquent — Situation majoritaire — Situation impossible

médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. » Dans les cliniques privées, les médecins ont majoritairement un statut d'exercice libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent. Quant aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), dont les centres de lutte contre le cancer, ils accueillent majoritairement des salariés de droit privé. Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, ils peuvent accueillir des praticiens, notamment de jeunes médecins, en contrats à durée déterminée (CDD), en dérogation au Code du travail (durée et objet des CDD), pour renforcer leur organisation et offrir aux patients un meilleur accès aux soins. Des professionnels libéraux peuvent également y intervenir. Par ailleurs, un praticien hospitalier peut être détaché, en qualité de salarié, dans les établissements de santé privés chargés d'une ou plusieurs des missions de service public dès lors qu'il exerce ses fonctions dans le cadre d'une ou plusieurs de ces missions, ou auprès de certains établissements médico-sociaux accueillant notamment des personnes âgées dépendantes (article R. 6152-51). Un établissement de santé public peut recruter un assistant des hôpitaux et, par voie de convention de coopération, le mettre à disposition d'un ESPIC pour une partie de son temps de travail en application des dispositions prévues aux articles R. 6152-501 et R. 6152- 502 du Code de la santé publique. De même, les praticiens attachés peuvent être recrutés dans les EHPAD conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles. Les personnels hospitalo-universitaires peuvent, quant à eux, être affectés dans un établissement privé associé au centre hospitalier universitaire, dans le cadre d'une convention d'association. Enfin, les établissements publics et privés d'intérêt collectif accueillent des médecins en cours de formation (les internes) à condition toutefois d'être agréés pour les accueillir. Depuis la loi HPST, les cliniques privées peuvent également accueillir des internes. Ainsi, la loi HPST a ouvert les statuts à l'ensemble des établissements de santé, alors qu'auparavant le cadre était plus limité.

Les personnels non médicaux

Les personnels non médicaux des établissements de santé publics relèvent de la fonction publique hospitalière. Environ 85 % d'entre eux sont des fonctionnaires relevant des titres I et IV du statut de la fonction publique, mais les établissements peuvent également avoir recours à des agents contractuels à durée déterminée ou indéterminée ou à des personnels intérimaires, soit pour assurer des fonctions pour lesquelles il n'existe pas de corps de fonctionnaires, soit pour des remplacements temporaires ou pour faire face à des accroissements momentanés d'activité. Le même statut s'applique aux personnels des établissements publics consacrés à des activités médico-sociales et sociales (hébergement de personnes âgées ou handicapées, aide sociale à l'enfance, centres d'hébergement et de réadaptation sociale). Quant aux personnels des établissements de santé privés, ils sont soumis aux dispositions du Code du travail, de conventions collectives distinctes selon le statut des établissements (privés avec ou sans but lucratif), et de clauses particulières de leur contrat de travail.

IV – Les groupements de coopération sanitaire

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée avait créé les groupements de coopération sanitaire (GCS) comme instrument de coopération entre les établissements publics et privés de santé. La loi HPST a refondu le cadre juridique de ces groupements et l'article 108 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) a réintroduit le GCS de moyens exploitant les autorisations de ses membres. On distingue ainsi, selon leurs finalités, deux grandes catégories de GCS :

– le GCS de moyens ;
– le GCS-établissement de santé.

Selon l'article L. 6321-2, un réseau de santé peut également se constituer en groupement de coopération sanitaire. Dans ce cas, le GCS-réseau de santé fonctionne de la même manière que le GCS de moyens et a pour membres ceux du réseau de santé.

Il est à noter qu'une ordonnance assouplissant le régime juridique des GCS est en cours de réalisation, conformément à l'article 201 de la LMSS.

Le GCS de moyens

Selon l'article L. 6133-1, le GCS de moyens « poursuit un but non lucratif ». Il « a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

1° organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;
2° réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun […] ;
3° permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement ;
4° exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres. »

Selon l'article L. 6133-6, il est prévu que « […] les professionnels médicaux des établissements de santé […], des centres de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement [puissent] assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins […] ». Un GCS de moyens peut également être titulaire d'une autorisation d'équipement matériel lourd, d'une pharmacie à usage intérieur ou encore être la structure juridique exploitant un laboratoire de biologie médicale. Lorsque le décret d'application de l'article 108 de la LMSS sera publié, un GCS de moyens pourra également exploiter les autorisations d'activités de soins détenues par l'un ou plusieurs de ses membres et pourra être autorisé par l'ARS à facturer les soins à l'Assurance maladie pour le compte de ses membres.

Le GCS de moyens permet des coopérations entre les secteurs sanitaire (établissements de santé), médico-social et de ville (professionnels libéraux, centres de santé, maisons de santé, etc.). Sa seule obligation est de comporter un établissement de santé. En effet, selon l'article L. 6133-2, « un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux […], des centres de santé et des pôles de

santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. Il doit comprendre au moins un établissement de santé. » Par ailleurs, « d'autres professionnels de santé ou organismes peuvent participer à ce groupement sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé ». Le GCS de moyens peut être employeur. Le statut juridique du groupement détermine alors les règles de recrutement des personnels médicaux et non médicaux. Par ailleurs, selon les articles R. 6133-6 et R. 6133-3, les établissements membres du GCS peuvent mettre à disposition du groupement leur personnel. Celui-ci peut également être détaché auprès du GCS (article R. 6152-51).

Selon l'article L. 6133-3, « le groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué avec ou sans capital. Sa convention constitutive [voir ci-dessous] est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, qui en assure la publication. Ce groupement acquiert la personnalité morale à dater de cette publication. » Le GCS de moyens est une personne morale de droit public ou de droit privé selon les personnes qui le composent. Ainsi, s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux libéraux, le GCS est de droit public. En revanche, le GCS est une personne morale de droit privé s'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé. Par ailleurs, lorsque le GCS comporte à la fois des personnes de droit public et de droit privé, le choix du statut public ou privé relève de ses membres. « Lorsque le groupement de coopération sanitaire de moyens est une personne morale de droit public, le groupement est soumis aux règles de la comptabilité publique et il est doté d'un agent comptable nommé par un arrêté du ministre en charge du budget. Lorsque ce groupement est une personne morale de droit privé, ses comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes » (article L. 6133- 5).

Selon l'article L. 6133-4, « la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire de moyens définit son objet. Elle précise la répartition des droits statutaires de ses membres, proportionnellement à leurs apports ou à leur participation aux charges de fonctionnement, ainsi que les règles selon lesquelles les membres du groupement sont tenus de ses dettes. Elle détermine […] les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement. […]. »

Le GCS-établissement de santé

Le GCS-établissement de santé est généralement issu d'un GCS de moyens. Ainsi, « lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé et le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est un établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent », sous certaines conditions (article L. 6133-7). D'après l'article L. 6133-8, « lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé […] ». Enfin, il est stipulé dans l'article L. 6131-2 que « le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé […] de créer un groupement de coopération sanitaire […] ».

V - Les groupements hospitaliers de territoires

La loi de modernisation de notre système de santé prévoit un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire : les groupements hospitaliers de territoire (GHT). L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé. Cette nouveauté permettra, en renforçant l'inscription des hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant au mieux aux besoins de la population.

Les groupements hospitaliers de territoire sont constitués au 1er juillet 2016. Ils sont 135. À compter

de cette date, les établissements constituant le GHT devront progressivement :

– élaborer leur projet médical partagé. Au 1er janvier 2017, les établissements établissent une description des filières de prise en charge des patients au sein du GHT ; au 1er juillet 2017, les établissements ont élaboré leur projet médical partagé ;

– organiser la mutualisation de fonctions assurées par un établissement support pour leur compte (système d'information hospitalier convergent, département d'information médicale de territoire, fonction achats, coordination des écoles et instituts, et de la formation continue) ;

– définir une organisation commune des activités médico-techniques.

VI – L'organisation de l'offre sanitaire

Les missions des agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) pilotent, pour le compte du ministère chargé de la Santé, le système de santé en région. Les ARS sont des établissements publics de l'État à caractère administratif. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général (article L. 1432-1). Conformément à l'article L. 1431-2 du Code de la santé publique (CSP), les ARS « sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

1° de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé définie en application des articles L. 1411-1 et L. 1411-1-1, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. À ce titre :

a) elles organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

b) elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'État territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

c) sans préjudice de l'article L.1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L.1421-4 en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L.1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'État territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

d) elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation.

2° de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

À ce titre :

a) elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, et des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 du même code. Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au lien social des personnes âgées et les actions de modernisation de l'aide à domicile ;

b) elles autorisent la création et les activités des établissements de santé et des installations de chirurgie esthétique (mentionnées aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3) ainsi que

des établissements et services médico-sociaux mentionnés au b de l'article L. 313-3 du CASF ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ; elles attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnés à l'article L. 113-3 du CASF ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 144-3 du CASF et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L14-10-5 du même code ;

c) elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population, elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2. À ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-2 et en évaluent l'efficacité ;

d) elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

e) elles veillent à la qualité des interventions en matière de prévention, de promotion de la santé, à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'État compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

f) elles veillent à assurer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psycho-sociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

g) dans les conditions prévues à l'article L.182-2-1-1 du Code de la sécurité sociale, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins ou le complétant. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. À ce titre, elles publient un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et interventions chirurgicales, sur la base des informations mentionnées à l'article L. 6113-8. La personne publique désignée par l'Etat et mentionnée au premier alinéa du même article L. 6113-8 en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région ;

h) en relation avec les autorités compétentes de l'État et les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel ;

i) elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire ;

j) elles sont chargées d'organiser les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, dans les conditions prévues aux articles L. 6327-1 et L. 6327-2 ;

k) elles favorisent des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé ;

l) elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ;

m) elles s'associent avec l'ensemble des acteurs de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou tout autre organisme de recherche

pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé ;

n) dans le respect des engagements internationaux de la France et en accord avec les autorités compétentes de l'État, elles sont autorisées à développer des actions de coopération internationale en vue de promouvoir les échanges de bonnes pratiques avec leurs partenaires étrangers. »

La création, la conversion et le regroupement des activités de soins (y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile), de même que l'installation des équipements matériels lourds sont soumis à une autorisation de l'agence régionale de santé (article L. 6122-1) [encadré].

Les PRS et les SROS

La loi de modernisation de notre système de santé a entendu rénover les projets régionaux de santé (PRS) afin d'en renforcer le caractère stratégique et l'opérationnalité. En application des articles L.1434-1 et L.1434-2 « le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. »

Il « est constitué :

1° d'un cadre d'orientation stratégique qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus ;

2° d'un schéma régional de santé, établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle «ORSAN» mentionné à l'article L. 3131-11.

Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-12, par les contrats territoriaux de santé mentale définis à l'article L. 3221-2 ou par les contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-10 ;

3° d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Dans les territoires frontaliers et les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, le projet régional de santé organise, lorsqu'un accord cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin. »

Nouveauté par rapport aux PRS précédents, il est désormais mis un terme à l'approche segmentée de l'organisation régionale (schéma régional de prévention, schéma régional d'organisation des soins – SROS [volet ambulatoire et hospitalier], et schéma régional d'organisation médico-social – SROMS), au profit d'une vision unifiée qui prendra la forme d'un seul schéma d'organisation destiné à mieux traduire les nécessaires coordinations entre structures et professionnels au service des parcours de santé.

Ce schéma régional de santé (SRS), défini à l'article L. 1434-3, devra dorénavant :

– indiquer, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours et des soins de second recours ; les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux[1];

1. Les ARS ne peuvent contraindre les médecins à l'installation, mais elles disposent de levers financiers.

– fixer les objectifs en matière d'évolution de l'offre des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'une évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux ;
– définir l'offre d'examens de biologie médicale en fonction des besoins de la population.

Ces objectifs ne seront plus définis sur la base de territoires de santé, mais sur un découpage qui pourra varier selon les besoins des ARS et qui regroupera des territoires de démocratie sanitaire, circonscription des nouveaux conseils territoriaux de santé qui viennent remplacer les conférences de territoire, des zones pour les activités et équipements et matériels lourds soumis à autorisation, des zones pour les laboratoires de biologie médicale, ainsi que des zones servant à caractériser les territoires « sur- et sous-denses » au regard de l'offre en soins de ville.

VII – Le financement

Deux modes de financement distincts selon les disciplines

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004, les modes de financement des établissements de santé sont déterminés à la fois par les disciplines exercées et accessoirement par leur statut juridique.

S'agissant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), le modèle de financement est fondé principalement sur une

Encadré Les activités et les équipements soumis à autorisation

En 2016, année de référence pour cette publication, les activités soumises à autorisation, y compris lorsqu'elles sont exercées sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, sont les suivantes selon l'article R. 6122-25 :

1° médecine ;
2° chirurgie ;
3° gynécologie-obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale ;
4° psychiatrie ;
5° soins de suite et de réadaptation ;
7° soins de longue durée ;
8° greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques ;
9° traitement des grands brûlés ;
10° chirurgie cardiaque ;
11° activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
12° neurochirurgie ;
13° activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
14° médecine d'urgence ;
15° réanimation ;
16° traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
17° activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal ;
18° traitement du cancer ;
19° examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales.

Le décret n°2008-377 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) prévoit une seule modalité d'autorisation avec des possibilités de mentions complémentaires (SSR adultes, avec la prise en charge ou non des enfants/adolescents, avec une ou plusieurs prises en charges spécialisées). L'autorisation de soins de suite et de réadaptation mentionne, le cas échéant (article R. 6123-120) :

1° Si l'établissement de santé prend en charge des enfants ou des adolescents, à titre exclusif ou non, ainsi que la ou les tranches d'âges de ces enfants parmi la liste suivante :

– les enfants de moins de six ans ;
– les enfants de plus de six ans ou les adolescents.

••• La mention de la prise en charge des enfants ou adolescents n'est autorisée que si l'établissement de santé assure l'ensemble des aspects sanitaire, éducatif, psychologique et social de la prise en charge des enfants ou adolescents qu'il accueille.

2° Si l'établissement de santé assure une prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles d'une ou plusieurs des catégories d'affections suivantes :

a) affections de l'appareil locomoteur ;
b) affections du système nerveux ;
c) affections cardio-vasculaires ;
d) affections respiratoires ;
e) affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien ;
f) affections onco-hématologiques ;
g) affections des brûlés ;
h) affections liées aux conduites addictives ;
i) affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance.

Pour indiquer les services offerts par les établissements de santé, le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) les identifie à l'aide d'un triplet composé des éléments suivant : activité/modalité/forme. Ainsi, par exemple, un établissement peut être autorisé pour une activité de chirurgie cardiaque, qui soigne des adultes (modalité) en hospitalisation complète (forme).

Par ailleurs, en 2016, les équipements lourds soumis à autorisation sont les suivants, d'après l'article R. 6122-26 :

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.

tarification à l'activité (T2A) introduite en 2004 dans les établissements publics et privés à but non lucratif, financés antérieurement par dotation globale (dits « établissements ex-DG »), et en 2005 dans les établissements privés à but lucratif ou non lucratif jusqu'alors rémunérés par des prix de journée et des forfaits techniques (dits « établissements sous objectif quantifié national » ou ex-OQN). La T2A rémunère l'activité de soins produite dans ces disciplines quels que soient le type d'activité (hospitalisation complète, partielle, à domicile) et le statut de l'établissement, à l'exception des centres hospitaliers de Mayotte et de Saint-Pierre et Miquelon. À noter que si la T2A s'applique aux établissements ex-DG, ainsi qu'aux établissements privés ex-OQN, et se trouve régulée dans des objectifs communs aux deux secteurs d'établissements, chaque secteur se voit néanmoins appliquer des tarifs différents, car renvoyant notamment à des périmètres de charges distincts. En effet, les tarifs des établissements ex-OQN n'incluent pas les honoraires perçus par les médecins, comptabilisés par ailleurs dans les dépenses de soins de ville de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et non dans les dépenses hospitalières. Ces tarifs sont néanmoins calculés selon une méthodologie commune. Le périmètre de la T2A a été élargi aux établissements militaires (service de santé des armées [SSA]) depuis le 1er janvier 2009 et aux établissements de Guyane depuis le 1er janvier 2010, avec une mise en œuvre progressive aboutissant en 2018. Ce modèle de financement a également fait l'objet de plusieurs évolutions depuis 2012 (*cf. infra*).

Concernant les autres disciplines (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie et unités de soins de longue durée), elles demeurent financées *via* une dotation annuelle de financement pour les établissements publics ou privés à but non lucratif, ou *via* des prix de journée pour les établissements privés à but lucratif (ou les établissements privés à but non

lucratif ayant opté pour ce mode de tarification). Cependant, pour 2016, la LFSS a défini un nouveau modèle de financement pour les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), dont la mise en œuvre reste à définir. Ce modèle, commun aux secteurs public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif, repose sur une dotation modulée à l'activité composée d'une part « socle » et d'une part « activité » et s'appuyant sur une description de l'activité de SSR.

Les évolutions apportées depuis 2012 au modèle de financement des activités MCO

Depuis 2012, plusieurs évolutions ont été apportées au modèle de financement des activités MCO. Elles sont articulées autour de trois principaux axes :

Afin de garantir l'accessibilité territoriale aux soins et maintenir l'offre de soins de proximité, de nouvelles modalités de financement pour les établissements et activités isolées ainsi que pour les hôpitaux de proximité ont été définies.

– Concernant les activités isolées : l'article 41 de la LFSS pour 2014 a eu pour objectif de contrebalancer les limites de la T2A pour les établissements dont l'activité, bien qu'indispensable, est insuffisante pour équilibrer le financement. Il repose sur la fixation de critères objectifs permettant de qualifier l'isolement. Le forfait « activités isolées » vient ainsi compléter le modèle de financement en T2A et est calculé à partir d'un niveau d'activité manquant pour atteindre l'équilibre financier. Il est éventuellement complété d'une part variable, restant à l'appréciation de l'ARS *via* le fonds d'intervention régional (FIR), en contrepartie d'engagements de l'établissement, notamment en termes de coopération. Le dispositif est opérationnel depuis 2015.

– Concernant les hôpitaux de proximité : la spécificité et le rôle des hôpitaux dits de proximité ont été reconnus à travers l'article 52 de la LFSS pour 2015 qui vise à conforter l'activité et la présence des professionnels de santé du premier recours dans les zones les plus fragiles, en conformité avec l'engagement n°11 du pacte territoire santé. L'hôpital de proximité est défini comme un établissement de santé autorisé en médecine, jouant un rôle déterminant dans l'appui au premier recours, positionné sur l'hébergement des personnes âgées et travaillant fortement avec des médecins libéraux. Les établissements ainsi reconnus hôpitaux de proximité bénéficient, à compter du 1er janvier 2016, d'une dotation modulée à l'activité (finançant leur activité de médecine). Cette dotation est constituée d'une dotation forfaitaire garantie construite à partir d'une fraction des recettes historiques et d'une dotation organisationnelle et populationnelle calibrée sur la base des caractéristiques du territoire. Les établissements bénéficient également, le cas échéant, d'un complément de financement lié à leur activité.

Pour mieux tenir compte de la qualité et de la pertinence des soins produits par les établissements de santé :

– l'article 51 de la LFSS pour 2015 a permis de compléter la T2A d'une dimension consacrée à la qualité et à la sécurité des soins. A ainsi été mis en place en 2016 un forfait visant à l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). Cette démarche initiée à titre expérimental dès 2014, a été généralisée en 2016 à tous les établissements du champ MCO, dont l'hospitalisation à domicile (HAD). Ce modèle a pour effet de faire de la qualité de la prise en charge des patients l'un des critères d'allocation de la ressource budgétaire aux établissements de santé, en rupture avec le modèle antérieur dans lequel elle n'était pas directement prise en compte ;

– l'article 41 de la LFSS pour 2014 a prévu la mise en œuvre d'un mécanisme de dégressivité tarifaire. Ce mécanisme a été appliqué pour la première fois en 2015 sur une liste de 24 activités ciblées.

Enfin, afin d'améliorer la lisibilité des tarifs et de garantir une juste allocation des ressources entre les activités et les établissements, les évolutions tarifaires annuelles sont mises en œuvre en respectant le principe de neutralité tarifaire qui vise à mieux articuler les tarifs des prises en charge avec les coûts constatés pour les établissements de santé. Des travaux ont également été engagés depuis plusieurs années pour améliorer la qualité et la fiabilité des données issues des études nationales de coûts (ENC).

Des aménagements nouveaux de la T2A devraient être apportés en 2017, à la suite des recommandations du rapport Véran.

L'ONDAM hospitalier

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) présente depuis 2006 deux sous-objectifs hospitaliers distincts (les 2e et 3e sous-objectifs de l'ONDAM) selon le mode de financement qui génère ces dépenses : les dépenses des établissements de santé relevant de la tarification à l'activité et les autres dépenses relatives aux établissements de santé (schéma et tableau 2).

Le deuxième sous-objectif de l'ONDAM (établissements relevant de la T2A) est composé de deux enveloppes :

– l'ODMCO (objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique) qui recouvre l'ensemble des dépenses d'assurance maladie correspondant à la masse tarifaire MCO, aux forfaits annuels et aux dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus ;

– la dotation finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dont l'objet, défini par l'article L. 162-22-13 du Code de la Sécurité sociale, est principalement de financer les activités ne pouvant se traduire en prestations de soins individualisées et tarifables, telles que la recherche ou l'enseignement par exemple. La liste des missions d'intérêt général est fixée par arrêté.

Le troisième sous-objectif (autres établissements) agrège les dépenses de psychiatrie, de SSR, des unités de soins de longue durée (USLD), ainsi que celles du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). ■

Tableau 2 Les dépenses hospitalières dans l'ONDAM

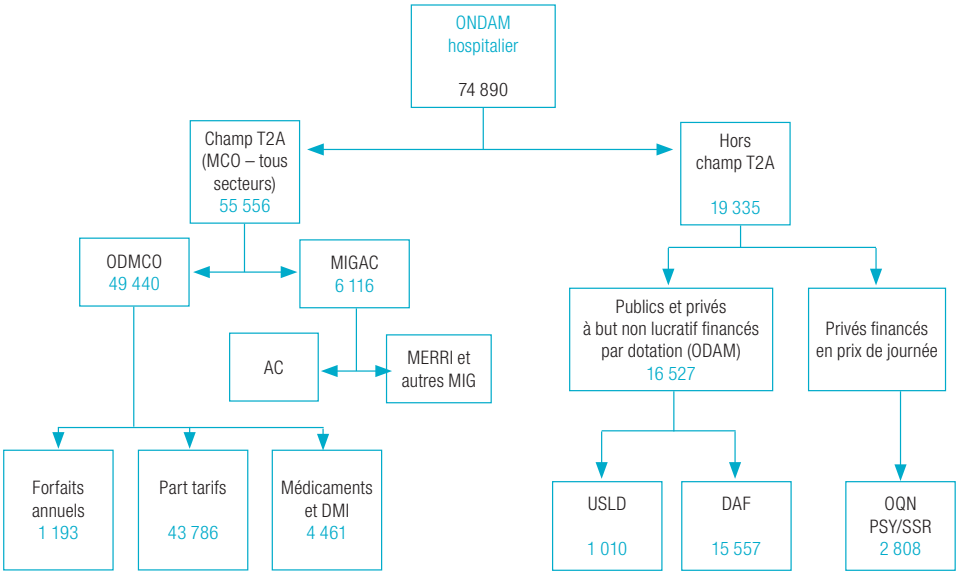
En millions d'euros

		Dépenses hospitalières dans l'ONDAM, hors FMESPP	SSR, psychiatrie, USLD, etc.	T2A	dont ODMCO	dont dotation MIGAC
2009	Dépenses constatées	69 106	17 701	51 405	43 727	7 678
2010	Dépenses constatées	70 334	17 668	52 665	44 866	7 799
2011	Dépenses constatées	72 014	18 120	53 894	45 774	8 120
2012 *	Dépenses constatées	73 303	18 480	54 815	47 144	7 671
2012**		73 165	18 462	54 703	47 032	7 671
2013	Dépenses constatées	75 955	19 271	56 684	48 207	8 477
2013 **		72 971	18 799	54 172	48 052	6 120
2014***	Objectifs	74 890	19 335	55 556	49 440	6 116
2014 **	estimation	74 491	19 076	55 415	49 525	5 895
2015****	Objectifs	76 060	19 298	56 762	50 518	6 243

* Le périmètre ONDAM ES est hors FMESPP et hors crédits ayant alimenté le fonds d'intervention régional au 1er mars 2012.
** Hors FMESPP et fonds d'intervention régional. Y compris régime d'Alsace-Moselle.
***Hors FMESPP et hors champ non régulé.
**** Objectifs rectificatifs 2015.
Sources > Dépenses constatées : ATIH, analyse de l'activité hospitalière.
Objectifs 2015 : DGOS.

Schéma La décomposition de l'ONDAM hospitalier en 2014[1]

En millions d'euros



1. Objectifs, hors Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et champ non régulé.
Sources > DGOS.

Sigles :
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie.
ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
MIGAC : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.
MERRI : missions d'enseignement, recherche, référence et innovation.
MIG : missions d'intérêt général.
AC : aide à la contractualisation.
ODAM : objectif des dépenses d'assurance maladie.
DMI : dispositifs médicaux implantables.
USLD : unité de soins de longue durée.
DAF : dotation annuelle de financement.
OQN PSY/SSR : objectif national quantifié, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation.

Données de cadrage

02 Les grandes catégories d'établissements de santé

En France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), 3 111 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offrent 411 000 lits d'hospitalisation à temps complet et 73 000 places d'hospitalisation partielle. Ces structures diffèrent par leur statut juridique, leur taille et leurs missions.

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

3 111 structures hospitalières offrant 411 000 lits et 73 000 places

Au 31 décembre 2014, 3 111 structures hospitalières disposent de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (comptées en places) en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Ces structures hospitalières peuvent être de tailles et de natures très différentes. Au total, elles offrent une capacité d'accueil de 411 000 lits et 73 000 places (voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital »). De plus, certains établissements autorisés dispensent des soins (comptés en séances) sans avoir de capacités d'accueil. Il s'agit essentiellement des centres de dialyse et de radiothérapie. En 2014, on dénombre à ce titre 110 entités juridiques de dialyse auxquelles sont rattachées 655 antennes. Enfin, les structures hospitalières peuvent former des groupements de coopération sanitaire pour mutualiser des moyens ou une partie de leur activité. Ces groupements peuvent eux-mêmes être érigés en établissements de santé (publics ou privés) s'ils sont titulaires d'autorisations d'activité de soins (voir chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel »). Le nombre d'établissements recensés en 2014 correspond au nombre d'établissements géographiques pour le secteur public comme pour le secteur privé, alors que dans les éditions précédentes, le nombre indiqué pour le secteur public correspondait au nombre d'entités juridiques. Les établissements géographiques de statut privé ont vu leur nombre diminuer sous l'effet des réorganisations et restructurations. 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 1 416 établissements géographiques publics coexistent trois types d'établissements qui se différencient selon leurs missions : 182 sites de 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 ; 973 centres hospitaliers (y compris ex-hôpitaux locaux), catégorie intermédiaire d'établissements, assurent la majeure partie des prises en charge de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ainsi que la prise en charge et les soins pour les personnes âgées ; 97 centres hospitaliers sont spécialisés en psychiatrie (tableau). Enfin, les 164 « autres établissements publics » correspondent majoritairement à des établissements de soins de longue durée. Parmi les structures hospitalières privées, deux types d'établissements cohabitent : les établissements privés à but lucratif, au nombre de 1 012, et les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC). Ces derniers regroupent les 21 centres de lutte contre le cancer ainsi que 662 autres établissements privés à but non lucratif (voir encadré « Champ »).

Tableau Établissements de santé avec les capacités d'hospitalisation par catégorie d'établissements en 2014

	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
Secteur public	**1 416**	**256 229**	**41 657**
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	182	73 585	9 939
Centres hospitaliers (CH), dont anciens hôpitaux locaux	973	146 403	16 703
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	97	25 667	14 609
Autres établissements publics	164	10 574	406
Secteur privé à but non lucratif	**683**	**57 176**	**13 393**
Centres de lutte contre le cancer*	21	2 813	953
Autres établissements à but non lucratif	662	54 363	12 440
Secteur privé à but lucratif	**1 012**	**97 516**	**17 486**
Établissements de soins de suite et de réadaptation	344	28 157	2 876
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	514	55 934	13 083
Établissements de lutte contre les maladies mentales	145	12 947	1 386
Établissements de soins de longue durée	6	303	24
Autres	3	175	117
Ensemble	**3 111**	**410 921**	**72 536**

Note > Le nombre d'établissements indiqué pour le secteur public comptabilise désormais tous les établissements géographiques (et non uniquement les entités juridiques comme c'était le cas avant 2012). Pour une entité juridique multisite comme l'AP-HP, on compte autant d'établissements que de sites, contrairement aux éditions précédentes.
* En 2014, les trois sites de l'Institut de cancérologie de l'Ouest et les deux sites de l'Institut Curie sont comptés chacun comme un établissement.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA. Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel, y compris hôpitaux locaux. Ne sont pas comptabilisés les centres de dialyse et de radiothérapie.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

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

Au niveau national, 60 % des lits et places sont situés dans des établissements de santé publics, 15 % dans les ESPIC et un quart dans les cliniques privées à but lucratif. La place des cliniques privées est inexistante en Aveyron, en Lozère et à Mayotte, et minoritaire (moins de 10 % de la capacité totale) dans dix départements, dont cinq en région Champagne-Ardenne–Lorraine–Alsace. En revanche, elles constituent 40 % ou plus de la capacité totale en lits et places de certains départements comme la Haute-Garonne, les deux départements de Corse, les Pyrénées-Orientales, les Bouches-du-Rhône, la Seine-Saint-Denis et l'Hérault (carte). La part du secteur privé à but non lucratif est très variable d'un département à l'autre : dans de nombreux départements, ce secteur n'est pas ou peu présent, mais il représente plus de 30 % des lits et des places dans cinq départements. ■

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel, y compris hôpitaux locaux. 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. Les ESPIC se substituent de manière générale aux établissements privés à but non lucratif. Cependant, la présentation traditionnelle « établissements publics/privés à but non lucratif / privés à but lucratif » est conservée dans le reste de l'ouvrage, à l'exception d'un zoom sur la situation financière des ESPIC (voir la fiche « La situation économique et financière des établissements privés d'intérêt collectif »). Par ailleurs, la catégorie « hôpital local » n'existe plus à la suite de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST). Ces établissements sont restés financés sous forme de dotation jusqu'en 2012.

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 institutionnelle de la comptabilité publique. Elle possède un conseil d'administration ou un conseil de surveillance, 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 peut, 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 géographiques. C'est le cas de l'entité juridique Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui regroupe plusieurs établissements géographiques sur différents sites qui peuvent être 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 groupement de coopération sanitaire sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

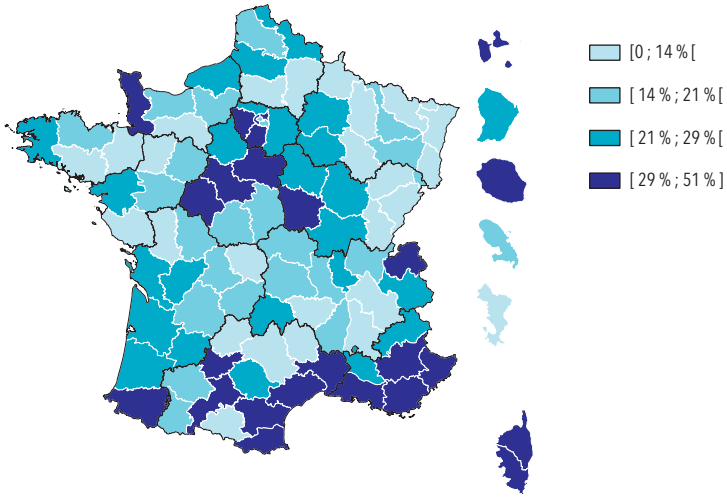
Pour en savoir plus

- Bras P.-L., Pouvourville (de) G., Tabuteau D. (dir.), 2009, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Les Presses de Sciences Po/Éditions de Santé, juin, Paris.
- Kervasdoué (de) J., 2005, *L'Hôpital*, coll. Que sais-je ?, PUF, 2e édition.

Sources

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

Carte Part du secteur privé à but lucratif dans la capacité en hospitalisation complète et partielle en 2014



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

03 Les capacités d'accueil à l'hôpital

En 2014, 411 000 lits d'hospitalisation à temps complet ont été dénombrés dans les établissements de santé de France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), soit une diminution de 57 000 lits d'hospitalisation en onze ans. En contrepartie, les capacités en hospitalisation à temps partiel se sont développées pour atteindre un total de 73 000 places en 2014.

Une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein

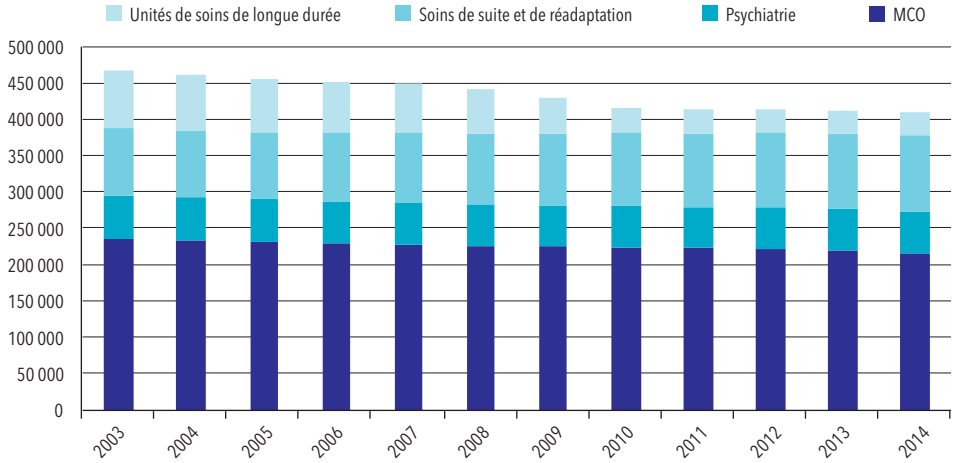
Entre 2003 et 2014, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 411 000, y compris le service de santé des armées (SSA), y compris Mayotte. La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et a concerné la quasi-totalité des disciplines. Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique, MCO) et en psychiatrie a diminué tout au long de la période. Ce sont surtout les capacités d'accueil en long séjour qui ont fortement diminué, passant de 80 000 en 2003 à 32 000 en 2014, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette baisse résulte de l'application de la circulaire[1] de novembre 2008 relative à la partition des unités de soins de longue durée (USLD). Elle a été particulièrement forte en 2009 et 2010 et s'est nettement ralentie depuis. Seules les capacités en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ont continué d'augmenter, le nombre de lits étant passé de 92 000 en 2003 à 105 000 en 2014 (graphique 1). Ce mouvement résulte de la volonté de supprimer des lits excédentaires et de réorganiser l'offre, et traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge, qui se tournent de plus en plus vers des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

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

Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie, ont transformé les modes de prise en charge à la faveur de l'hospitalisation à temps partiel. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) ont pu être effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet. Entre 2003 et 2014, environ 14 000 places d'hospitalisation à temps partiel en MCO ont été créées, venant compléter les 18 000 places déjà existantes (graphique 2). En psychiatrie, le nombre de places a faiblement augmenté depuis 2003 (+2 900 places seulement, soit une hausse moyenne de 1 % par an). En moyen séjour, en particulier pour la réadaptation fonctionnelle, 6 000 places ont été créées en onze ans. La répartition des places par discipline reflète la spécialisation des différentes catégories d'établissements. En 2012, 40 % des places d'hospitalisation à temps partiel en MCO sont offertes par les cliniques, particulièrement en anesthésie et en chirurgie ambulatoire. Les établissements privés à but non lucratif regroupent 42 % 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 et 50 % des places en court séjour, avec une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps partiel en médecine et en gynécologie-obstétrique.

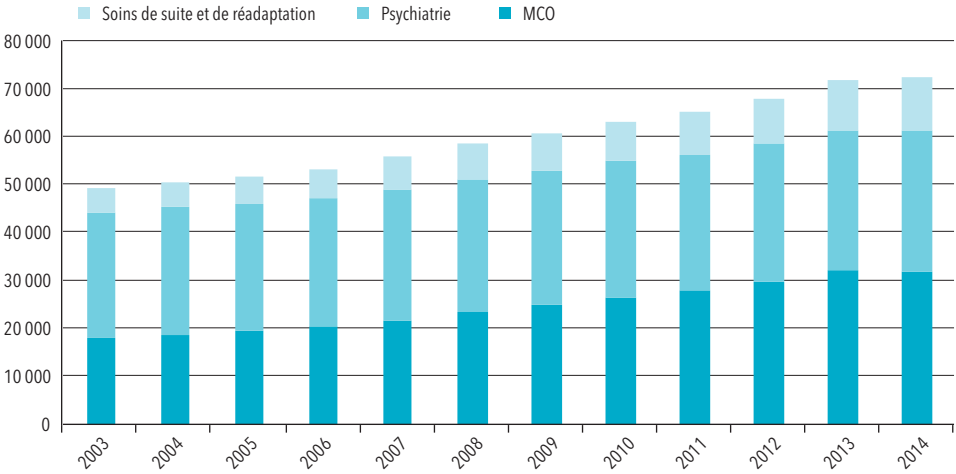
1. Circulaire DHOS/02/ F2/DGAS/2C/CNSA n° 2008/340, relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les USLD.

Graphique 1 Évolution du nombre de lits d'hospitalisation complète entre 2003 et 2014



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte à partir de 2011), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2003-2014, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution du nombre de places d'hospitalisation partielle entre 2003 et 2014



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte à partir de 2011), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2003-2014, traitements DREES.

Les disparités départementales

Toutes disciplines confondues, le nombre de lits pour 10 000 habitants varie de 15 à Mayotte à 100 et plus dans trois départements : les Hautes-Alpes, le Cantal et la Lozère (carte 1) ; le nombre de places pour 10 000 habitants varie de 2 à Mayotte à 19 en Haute-Vienne et à Paris (carte 2). Le Limousin et l'Auvergne se distinguent par une forte densité de lits comme de places. À l'opposé, Mayotte et la Guyane apparaissent sous-dotées pour les deux types de capacités. L'ampleur des disparités de lits et de places entre départements varie selon la discipline : elles sont plus faibles en court séjour (coefficient de variation [CV] de 0,22, hors Mayotte), qu'en psychiatrie ou en moyen séjour (CV de 0,29 et de 0,28, hors Mayotte). ■

Champ

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

Définitions

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

• **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 semaine »).

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

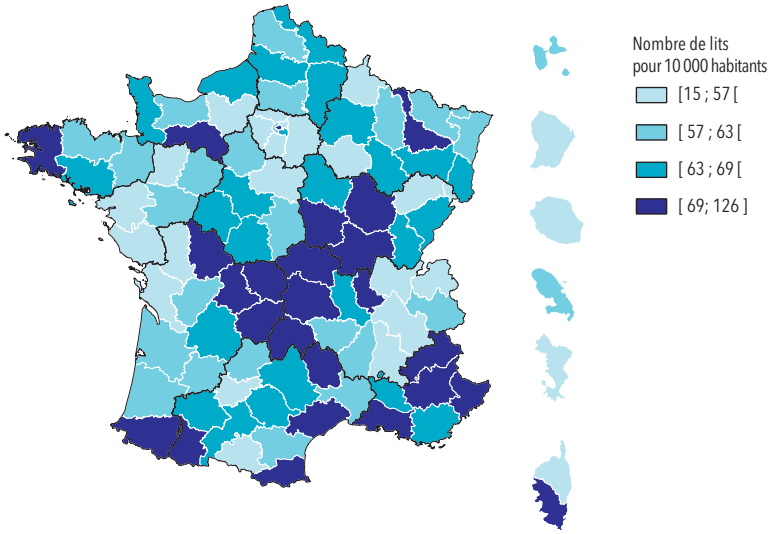
• **Les capacités d'accueil** des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète et en nombre de places pour l'hospitalisation partielle (celui-ci est égal au nombre de patients pouvant être accueillis en même temps). Il s'agit des lits et des places installés au 31 décembre 2014, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades. Ceux fermés temporairement pour cause de travaux sont inclus. Ces chiffres peuvent différer du nombre de lits ou de places autorisés, ces derniers n'étant pas nécessairement créés.

• **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 ».

Sources

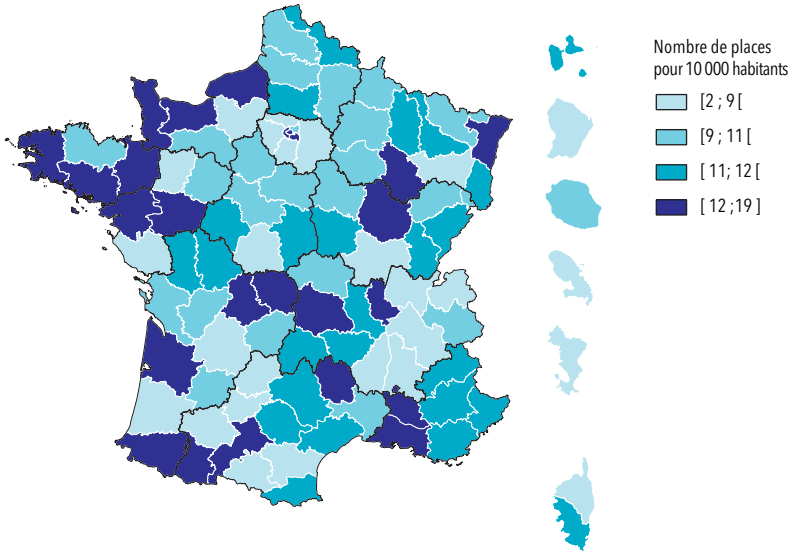
La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète et hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

Carte 1 Densité de lits en 2014



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA. Disciplines de MCO, psychiatrie et SSR.
Sources > DREES, 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

Carte 2 Densité de places en 2014



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA. Disciplines de MCO, psychiatrie et SSR.
Sources > DREES, 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

04 L'activité en hospitalisation complète et partielle

En France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), le secteur hospitalier a pris en charge, en 2014, 12 millions de séjours en hospitalisation complète et 15 millions de journées en hospitalisation partielle. Cette dernière poursuit sa progression, notamment en court et moyen séjour où sa part dans l'activité est de plus en plus importante. Le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue très légèrement. Les portefeuilles d'activité des établissements de santé par modes de prise en charge et par grandes disciplines font apparaître leur spécialisation : les soins de longue durée et la psychiatrie sont, par exemple, essentiellement pris en charge par les établissements publics.

Une majorité de séjours à l'hôpital durent moins de un jour

Au cours de l'année 2014, les établissements de santé ont pris en charge 12,1 millions de séjours en hospitalisation à temps complet et 15,3 millions de journées en hospitalisation partielle ou de moins de un jour (tableau). 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 plus de 86 % des prises en charge, le moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) 9 % et la psychiatrie 5 %. À présent, les soins de longue durée représentent une part négligeable de l'activité.

33 % des journées d'hospitalisation à temps partiel relèvent de la psychiatrie, secteur où les alternatives à l'hospitalisation ont été développées dans les années 1970. Les soins de courte durée représentent, quant à eux, 45 % des journées et le moyen séjour 22 %.

Évolution progressive des modes de prise en charge

Depuis une vingtaine d'années, on enregistre une diminution de l'activité d'hospitalisation à temps complet, même si le nombre de séjours en hospitalisation complète s'est globalement stabilisé ces dernières années en lien avec le vieillissement de la population. Dans le même temps se sont développées les prises en charge à temps partiel, avec toutefois des disparités selon le statut juridique et la discipline d'équipement. En 2014, l'activité à temps partiel a augmenté dans l'ensemble de 3,5 % : +7,3 % en moyen séjour, +3,7 % en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et +0,7 % en psychiatrie.

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 de séjours, se stabilise en 2014 avec 11,1 millions de journées. Après une augmentation jusqu'en 2001, l'activité a baissé dans cette discipline, à la suite de la transformation d'un grand nombre d'unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le nombre de journées d'hospitalisation complète continue d'augmenter en moyen séjour (+0,5 %), il diminue en psychiatrie (-0,4 %) et en MCO (-1 %).

Peu de variations entre départements métropolitains

Le nombre de séjours en hospitalisation complète en MCO rapporté à la population s'élève à 13 % dans les DROM et à 16 % en Métropole (carte). Les taux métropolitains s'élèvent à 13 pour 100 habitants à Paris et en Ille-et-Vilaine et atteignent 20 ou plus dans le Cantal, la Creuse, la Meuse, l'Orne et la Saône-et-Loire. Dans ces départements, 30 % des habitants sont âgés de 60 ans ou plus. Or, c'est

Tableau Nombre de journées et de séjours par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2014

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2014	Évolution 2013-2014 (en %)	2014	Évolution 2013-2014 (en %)	2014	Évolution 2013-2014 (en %)	2014	Évolution 2013-2014 (en %)
Journées en hospitalisation partielle	**7 447 223**	**1,6**	**2 879 716**	**3,6**	**4 998 283**	**6,2**	**15 325 222**	**3,5**
Soins de court séjour (MCO)	2 868 041	3,3	563 113	6,4	3 430 074	3,6	6 861 228	3,7
Psychiatrie*	3 714 138	-0,4	953 189	0,0	394 510	14,9	5 061 837	0,7
Soins de suite et réadaptation	865 044	5,2	1 363 414	5,1	1 173 699	11,7	3 402 157	7,3
Séjours en hospitalisation complète	**7 861 435**	**0,7**	**1 206 223**	**-1,6**	**3 068 407**	**-2,2**	**12 136 065**	**-0,3**
Soins de court séjour (MCO)	6 961 213	0,8	838 011	-0,1	2 611 218	-2,5	10 410 442	-0,1
Psychiatrie	454 607	-0,1	73 496	-15,4	113 755	-5,0	641 858	-3,0
Soins de suite et réadaptation	427 272	-0,4	293 405	-1,7	343 009	1,1	1 063 686	-0,3
Soins de longue durée	18 343	-6,8	1 311	-9,5	425	19,0	20 079	-6,5
Journées en hospitalisation complète	**78 439 178**	**-0,2**	**16 838 696**	**-1,8**	**27 470 967**	**0,0**	**122 748 841**	**-0,4**
Soins de court séjour (MCO)	43 095 704	0,0	4 705 978	-2,3	11 553 674	-3,8	59 355 356	-1,0
Psychiatrie	11 754 250	-1,9	2 289 493	-1,4	4 653 226	4,1	18 696 969	-0,4
Soins de suite et de réadaptation	13 550 346	0,3	9 015 158	-1,5	11 077 774	2,5	33 643 278	0,5
Soins de longue durée	10 038 878	0,2	828 067	-4,1	186 293	8,9	11 053 238	0,0

* Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée où une demi-journée compte pour 0,5.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2013-2014, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2013-2014, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de soins de longue durée.

surtout après 65 ans que le taux d'hospitalisation complète en MCO augmente fortement (voir la fiche « Médecine, chirurgie et obstétrique : patientèle »).

Une structure d'activités qui varie selon le statut des établissements

La structure d'activités, tant en termes de grandes disciplines que de modes de prise en charge, varie sensiblement selon le statut juridique des établissements de santé (graphique). Les soins de courte durée en hospitalisation complète sont essentiellement répartis entre hôpitaux publics et cliniques privées, et ces dernières réalisent 50 % des séjours d'hospitalisation partielle. Les établissements publics et privés à but non lucratif accueillent la plus grande partie des séjours psychiatriques, notamment à temps partiel. L'activité de soins de moyen séjour est mieux répartie entre les différents types d'établissements, avec 40 % de journées d'hospitalisation à temps partiel accueillis dans les établissements privés à but non lucratif. Enfin, les soins de longue durée sont essentiellement pris en charge par les établissements publics. Ces logiques de spécialisation sont confirmées et amplifiées quand on analyse la répartition des activités par pathologie ou par acte médical (voir les fiches « La spécialisation en médecine », « La spécialisation en chirurgie », « La spécialisation en obstétrique »). ■

Champ

Activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2014, en France métropolitaine et dans les DROM, y compris Mayotte (hors séances), y compris le service de santé des armées (SSA). Sont exclus les établissements de santé qui dispensent des soins dans le cadre d'une autorisation mais sans 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 (0,3 % des séjours).

Définitions

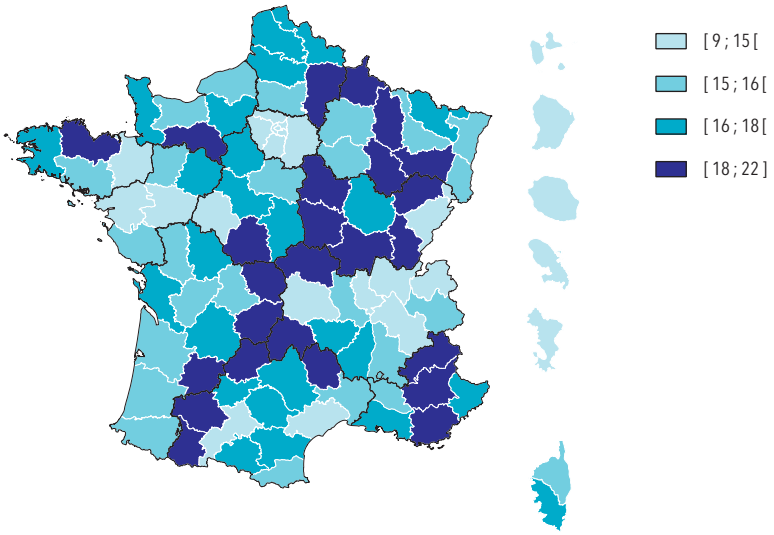
• **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins de un jour** : en médecine, chirurgie et obstétrique, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en « hospitalisation de moins de un jour », également appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour supérieur à un jour est classé en hospitalisation de plus de un jour, encore appelée hospitalisation complète. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation (hospitalisation complète ou hospitalisation partielle).

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

Sources

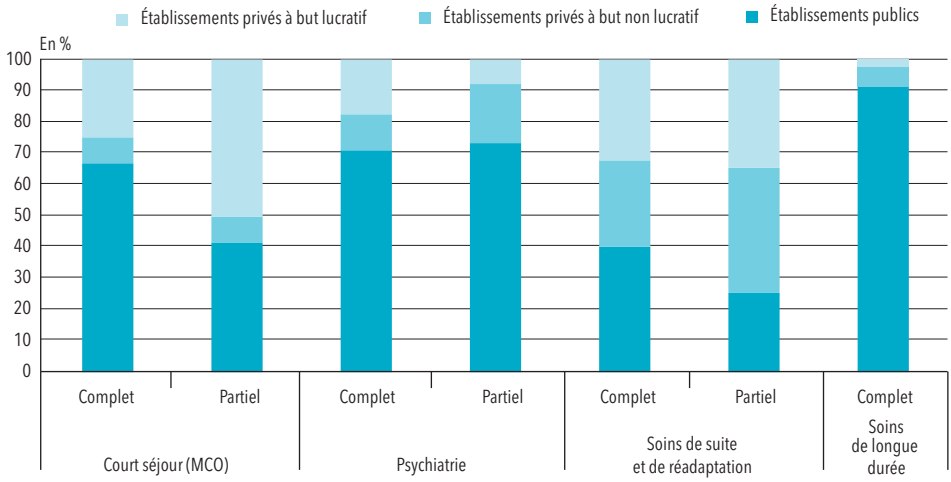
La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le Programme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

Carte Nombre de séjours de MCO en hospitalisation complète pour 100 habitants en 2014



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

Graphique Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle en 2014



Note > On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2014, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2014, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de soins de longue durée.

05 Les autres prises en charge hospitalières

Les établissements de santé ont réalisé, en 2014, 15,3 millions de journées en hospitalisation à temps partiel en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en psychiatrie et en moyen séjour, pour un total d'environ 73 000 places. À ces prises en charge, il faut ajouter 12 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse ainsi que des séjours en hospitalisation à domicile.

Les alternatives à l'hospitalisation complète

La fermeture de lits d'hospitalisation complète traduit, avec un léger décalage dans le temps, la transformation des modes de prise en charge intervenue progressivement depuis la seconde moitié des années 1980, en France comme à l'étranger. Cette transformation a été rendue possible par des innovations de technologies médicales et médicamenteuses (notamment en anesthésie). Ces innovations ont permis d'accroître progressivement le nombre de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) effectuées en toute sécurité en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation. La loi hospitalière du 31 juillet 1991 consacre cette évolution en prévoyant explicitement la création de structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète. Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, et les structures pratiquant l'anesthésie, la chirurgie ou la médecine ambulatoires (voir la fiche « L'activité en hospitalisation complète et partielle »). En 2014, 45 % des journées d'hospitalisation partielle sont réalisées en court séjour, dont la moitié en médecine, un tiers en psychiatrie et 22 % en soins de suite et de réadaptation (SSR) [tableau 1]. L'hospitalisation partielle continue de progresser en court séjour et en SSR, respectivement +2,4 % et +3,4 % de 2012 à 2013, +3,7 % et +7,3 % de 2013 à 2014. Les structures d'hospitalisation à domicile (voir les fiches correspondantes) assurent également des prises en charge intermédiaires entre l'établissement de santé et la médecine de ville.

Les séances

Par ailleurs, on comptabilise, en France métropolitaine et dans les DROM, des traitements et des cures ambulatoires, en particulier 2,3 millions de séances de chimiothérapie, 6,2 millions de séances de dialyse et 3,8 millions de radiothérapie (tableau 2). La grande majorité (96 %) des séances de radiothérapie sont réalisées en ambulatoire, principalement dans les cliniques privées. Le secteur public occupe, quant à lui, une place prépondérante dans l'activité de chimiothérapie et réalise 50 % des séances. Les 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC) prennent également en charge une partie importante de l'activité de radiothérapie et de chimiothérapie. Ces établissements ont réalisé 13 % des séances de chimiothérapie et 21 % des séances de radiothérapie ambulatoires. Enfin, environ 500 000 personnes ont été transfusées (données Établissement français du sang). Les autres traitements et cures ambulatoires sont notamment réalisés par du personnel non médical. Ils concernent essentiellement les prises en charge en psychiatrie (psychologues, infirmières, etc.) et en réadaptation fonctionnelle (kinésithérapie, etc.).

Les consultations mémoire

À la suite du plan Alzheimer 2008-2012, 595 entités déclarent disposer, en 2014, d'une consultation mémoire dans le cadre de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies

Tableau 1 Activité et capacités pour les alternatives à l'hospitalisation complète en 2014

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Journées/ séjours en milliers *	Nombre de places	Journées/ séjours en milliers *	Nombre de places	Journées/ séjours en milliers *	Nombre de places	Journées/ séjours en milliers *	Nombre de places
Hospitalisation partielle en MCO, dont :								
médecine	1 987	10 301	337	1 854	1 774	2 122	4 099	14 277
chirurgie	657	4 756	212	1 465	1 606	10 113	2 475	16 334
gynéco-obstétrique	224	1 034	13	86	50	257	287	1 377
Total	2 868	16 091	563	3 405	3 430	12 492	6 861	31 988
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie**	3 714	22 549	953	5 279	395	1 417	5 062	29 245
Hospitalisation partielle en soins de suite et de réadaptation	865	3 017	1 363	4 709	1 174	3 577	3 402	11 303
Total	**7 447**	**41 657**	**2 880**	**13 393**	**4 998**	**17 486**	**15 325**	**72 536**
Hospitalisation à domicile (HAD)***	54	4 048	105	8 422	15	1 949	174	14 419

* On parle de séjours en hospitalisation à domicile et de journées pour les autres disciplines.
** Le nombre de journées est exprimé en équivalent-journée où une demi-journée compte pour 0,5.
*** L'activité d'HAD est celle des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et soins de suite et de réadaptation, *i.e.* hors psychiatrie. Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2014, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; PMSI-HAD 2014, traitements DREES pour l'activité d'HAD ; SAE 2014 traitements DREES pour la capacité et l'activité de psychiatrie.

Tableau 2 Nombre de séances en 2014 selon le statut de l'établissement

Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif, dont CLCC	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Chimiothérapie*				
Nombre de venues de chimiothérapie ambulatoire	1 143 246	460 281	682 002	2 285 529
Radiothérapie**				
Nombre de séances sur malades ambulatoires	932 693	958 214	1 839 960	3 730 867
Nombre de séances sur malades hospitalisés	20 976	18 523	38 179	77 678
Nombre total de séances	953 669	976 737	1 878 139	3 808 545
Dialyse				
Nombre de séances	1 576 914	2 298 599	2 360 108	6 235 621
Nombre total de séances	**3 673 829**	**3 735 617**	**4 920 249**	**12 329 695**

* Ne sont pas comptabilisées les préparations de chimiothérapies délivrées.
** La diminution observée en 2014 est à liée à la modification du recueil de l'information.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

apparentées en France métropolitaine et dans les DROM (tableau 3). Il s'agit dans 87 % des cas d'établissements publics (dont 70 % de centres hospitaliers et 12 % de CHR), d'établissements privés à but non lucratif dans 8 % des cas et d'établissements privés à but lucratif dans 5 % des cas. Ces consultations ont accueilli 253 000 patients différents au cours de l'année 2014, dont 50 % de nouveaux patients. Il s'agit de consultations labellisées pour 89 % d'entre eux. Des groupes de paroles aux aidants ont été mis en place par 222 unités.

La prise en charge de la douleur chronique

255 entités sont identifiées comme structures de traitement de la douleur chronique. Parmi celles-ci, 248 ont décrit leur activité de consultation dans l'enquête SAE. En 2014, 155 000 patients externes et 33 000 patients internes ont bénéficié de consultations médicales. Ces patients ont bénéficié au total de 450 000 consultations réalisées par un médecin, 97 000 consultations réalisées par un psychologue et de 160 000 actes infirmiers.

Les urgences

En France métropolitaine et dans les DROM, les urgences ont recensé 19,7 millions de passages en 2014. Celles-ci, ainsi que d'autres formes de prises en charge ambulatoires à l'hôpital (en particulier la psychiatrie), font l'objet de fiches spécifiques (voir les parties *Les « autres » disciplines hospitalières* et *Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière*). ■

Champ

Activités alternatives à l'hospitalisation à temps complet ayant fonctionné en 2014 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), sauf pour l'hospitalisation à domicile qui ne comporte pas le SSA. Les consultations externes déclarées par les établissements publics de santé ne sont pas comptabilisées.

Définitions

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

Pour en savoir plus

- Baubeau D., Carrasco V., Mermilliod C., 2005, « L'activité de radiothérapie en 2002 », *Études et Résultats*, n° 387, DREES, mars.
- Baubeau D., Trigano L., 2004, « La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique », *Études et Résultats*, n° 327, DREES, juillet.

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, journées en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la DGOS et l'ATIH, fournit une description médico-économique de l'activité hospitalière des établissements de santé depuis 1997 pour chaque séjour réalisé.

Tableau 3 Répartition des consultations mémoire selon le statut de l'établissement en 2014

Séances	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Nombre d'entités ayant une consultation mémoire, dont :	515	48	32	595
entités ayant une consultation mémoire labellisée	383	34	12	429
File active, dont :	226 505	16 706	9 341	252 552
nouveaux patients	113 449	8 294	4 846	126 589
Groupes de parole destinés aux aidants	**193**	**16**	**13**	**222**

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

06 Emplois de médecins, odontologistes et pharmaciens

En 2014, le nombre d'emplois médicaux, hors sages-femmes, internes compris, dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, incluant le service de santé des armées (SSA) s'établit à 187 000 (+1,6 % par rapport à 2013). Les emplois salariés, qui représentent 7 postes sur 10, ainsi que le nombre de libéraux augmentent. Ces derniers sont concentrés pour 85 % dans les établissements privés à but lucratif.

Progression des emplois médicaux, hors sages-femmes, dans le secteur public et le secteur privé à but lucratif

En 2014, on compte 187 000 emplois médicaux, hors sages-femmes dans les établissements de santé : 115 000 salariés, 41 000 praticiens libéraux et 31 000 internes et assimilés. Le nombre de postes de médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens salariés augmente légèrement entre 2013 et 2014 (+0,6 %). Le nombre de postes de praticiens libéraux s'accroît également (+1,8 %) [tableau 1]. Deux tiers des emplois médicaux relèvent des hôpitaux publics, 21 % des cliniques privées et 11 % des établissements privés à but non lucratif.

Le nombre total d'emplois médicaux salariés augmente dans les établissements publics : +0,9 % en effectifs, +1,1 % en équivalent temps plein (ETP) [tableau 2]. Le nombre d'internes et assimilés poursuit sa croissance, conformément à la hausse continue du nombre de postes ouverts lors des épreuves classantes nationales (ECN). À l'hôpital, les internes et assimilés représentent 29 000 emplois, soit 23 % des emplois médicaux. Enfin, 1 800 professionnels libéraux exercent dans les établissements publics. Dans les établissements privés à but non lucratif, les emplois médicaux augmentent de 0,4 %. Les emplois salariés, qui représentent 76 % des emplois, baissent (-2 %). Ceux des libéraux augmentent (+8,7 %), de même que ceux des internes et assimilés (+8,2 %). Dans les cliniques privées, les emplois médicaux sont plus nombreux qu'en 2013 (+1 %) ; les emplois salariés et ceux des libéraux augmentent respectivement de 3,8 % et 0,7 %.

La médecine générale et les spécialités médicales mobilisent 60 % des praticiens

Parmi les emplois de praticiens exerçant à titre salarié ou libéral dans les établissements de santé, 60 % sont dédiés, à temps plein ou à temps partiel, à la médecine générale et à des spécialités médicales (anesthésie, réanimation, pédiatrie, etc.) [tableau 3]. La part des emplois relevant de la médecine générale et des spécialités médicales est un peu plus élevée dans les établissements publics et privés à but non lucratif (respectivement 61 % et 65 %) que dans les cliniques privées (57 %). Celles-ci se consacrent en effet davantage à la chirurgie (voir la fiche intitulée « La spécialisation en chirurgie »). Quant à la moindre proportion des emplois de praticiens consacrés à la biologie médicale dans le secteur privé, elle traduit une externalisation plus importante de ces activités, parfois dans des structures spécifiques situées dans les locaux mêmes des établissements. ■

Tableau 1 Les emplois médicaux, hors sages-femmes, dans les établissements de santé en 2014

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	Nombre d'emplois en 2014	Évolution 2013-2014 (en %)	Nombre d'emplois en 2014	Évolution 2013-2014 (en %)	Nombre d'emplois en 2014	Évolution 2013-2014 (en %)	Nombre d'emplois en 2014	Évolution 2013-2014 (en %)
Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens								
Salariés	96 766	0,9	13 444	-2,0	4 740	3,8	114 950	0,6
Libéraux	1 833	8,1	4 338	8,7	34 684	0,7	40 855	1,8
Total	**98 599**	**1,0**	**17 782**	**0,4**	**39 424**	**1,0**	**155 805**	**0,9**
Internes	26 632	4,6	1 909	7,5	217	2,4	28 758	4,8
Faisant fonction d'internes (FFI)	2 048	8,0	196	15,3	1	-	2 245	8,6
Total internes et FFI	**28 680**	**4,8**	**2 105**	**8,2**	**218**	**2,8**	**31 003**	**5,0**
Total	**127 279**	**1,8**	**19 887**	**1,2**	**39 642**	**1,0**	**186 808**	**1,6**

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2013-2014, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition par statut, en équivalent temps plein, des emplois médicaux salariés, hors sages-femmes, hors internes, dans les établissements de santé en 2014

	2014	Évolution 2013-2014 (en %)
Emploi total des salariés	**96 766**	**0,9**
ETP des hospitalo-universitaires titulaires*	3 711	4,6
ETP des praticiens hospitaliers	42 054	1,7
ETP des assistants	4 342	1,5
ETP des hospitaliers universitaires non titulaires	2 189	-2,1
ETP des attachés	9 242	-3,2
ETP des autres salariés (y compris ceux ne relevant pas d'un statut)	8 177	2,1
Total des ETP salariés	**69 714**	**1,1**

ETP : Équivalent temps plein moyen annuel rémunéré.
* Par convention, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) sont comptés pour 0,5 ETP.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2013-2014, traitements DREES.

Champ

Personnel médical des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

• **Le personnel médical** est composé de médecins, de biologistes, d'odontologistes et de pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes (FFI) qui sont en formation. Sont déclarés les personnels médicaux (hors sages-femmes) des établissements sanitaires uniquement. Les sages-femmes font l'objet de la fiche « Personnels non médicaux salariés et sages-femmes ».

• **Salariés et libéraux** : la majorité des médecins exerçant dans un cadre libéral travaillent au sein des cliniques privées. Ils peuvent également intervenir dans les établissements publics et privés à but non lucratif : les conditions d'exercice de ces praticiens se sont en effet élargies depuis la mise en place de la loi Hôpital, patients, santé et territoires du 21 juillet 2009.

Lorsque leur contrat de travail ou leur statut le leur permet, les médecins salariés (notamment attachés) peuvent exercer dans des hôpitaux différents. Les sources actuelles ne permettent pas d'évaluer les doubles-comptes. De ce fait, ce sont davantage des emplois que des effectifs qui sont comptabilisés. Une baisse des emplois à l'occasion de restructurations 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 par 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 leur activité entre le soin, l'enseignement et la recherche (par convention, ils sont comptabilisés pour 0,5 ETP pour la partie soins). Les médecins-assistants sont recrutés sur des contrats à durée déterminée ; à l'issue de ce contrat, certains resteront à l'hôpital, d'autres s'orienteront vers le secteur libéral. Les médecins attachés sont des médecins vacataires travaillant à temps partiel (1 à 8 vacations hebdomadaires maximum) et qui peuvent exercer dans un ou plusieurs établissements publics.

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

Pour en savoir plus

• Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2009, *Le Renouvellement des effectifs médicaux*, tome III, Rapport 2008-2009.

• Kranklader E., 2012, « Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 25, mars, DREES.

• Barlet M. et Marbot C. (dir.), 2016, *Portrait des professionnels de santé - édition 2016*, coll. Panoramas, DREES.

Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). La SAE a connu une refonte en 2013, présentée sur le site Internet de la DREES. Cette refonte a introduit pour de nombreuses variables une rupture de série en 2013, qui complique l'analyse des évolutions entre les années antérieures et postérieures à 2013 : celles-ci doivent donc être interprétées avec précaution.

Tableau 3 Les emplois médicaux, hors sages-femmes, hors internes, dans les établissement de santé en 2014, selon les spécialités

Spécialités	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Total	Répartition (en %)
Médecine générale	15 041	2 257	2 732	20 030	12,9
Anesthésie-réanimation	7 799	1 188	3 695	12 682	8,1
Pédiatrie	4 192	496	619	5 307	3,4
Autres spécialités médicales	33 215	7 559	15 309	56 083	36,0
Gynécologie-obstétrique	4 105	566	1 710	6 381	4,1
Spécialités chirurgicales	12 169	2 363	11 646	26 178	16,8
Biologie médicale	3 926	204	569	4 699	3,0
Psychiatrie	8 595	1 482	1 179	11 256	7,2
Pharmacie	4 909	1 085	1 293	7 287	4,7
Autres	4 648	582	672	5 902	3,8
Total	**98 599**	**17 782**	**39 424**	**155 805**	**100,0**

Lecture > 12,9 % des emplois médicaux (hors sages-femmes) en établissement de santé concernent la médecine générale en 2014.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

07 Les internes dans les établissements de santé

Fin 2014, 29 000 étudiants en médecine, pharmacie et odontologie sont affectés, dans le cadre de leur internat, dans des établissements de santé de France métropolitaine et des DROM, y compris le service de santé des armées, soit une hausse de 4,8 % par rapport à 2013. Le nombre de faisant fonction d'internes augmente également (+8,6 %). Les internes sont principalement accueillis dans les établissements publics, avec plus d'un sur deux en centre hospitalier universitaire. La majorité d'entre eux travaillent en court séjour, à savoir en médecine, chirurgie et obstétrique.

Davantage d'internes en médecine

Les études de médecine, pharmacie et odontologie sont composées de trois cycles. Pour les étudiants de médecine, le troisième cycle s'effectue obligatoirement dans le cadre d'un internat. À l'inverse, pour les futurs pharmaciens et odontologistes, ce statut n'est pas systématique et il est même marginal pour les odontologistes. De ce fait, fin 2014, plus de 9 internes sur 10 (93 %) sont inscrits en médecine (tableau 1), ceux inscrits en odontologie en représentent 1 %. Cette répartition reflète celle des professions médicales (hors sages-femmes) exerçant au sein des hôpitaux publics et privés à but non lucratif : 94 % des praticiens (y compris hospitalo-universitaires) sont des médecins. Le nombre d'internes par praticien est aussi élevé en médecine qu'en pharmacie (0,3 interne pour un praticien). En 2014, il augmente de 4,8 % par rapport à 2013. Cette progression concerne l'odontologie (+36,5 %) et la médecine (+5 %). Le nombre de médecins diplômés en cours de formation complémentaire faisant fonction d'internes (FFI) s'accroît en 2014 (+8,6 %). Ils ne représentent que 7,2 % de l'ensemble des internes titulaires en médecine et des FFI. Cette faible proportion est liée à la hausse des internes titulaires consécutive à l'augmentation du *numerus clausus* en médecine, qui rend de moins en moins fréquent le recours à d'autres catégories de médecins pour effectuer les tâches dévolues aux internes.

Des internes et des FFI accueillis en établissements publics, principalement dans les CHU

Quelles que soient leur filière et leur spécialité, la grande majorité des étudiants font leur internat dans des établissements publics, et plus particulièrement dans les CHU (55 %) [tableau 2]. Seuls 7 % sont accueillis en établissements privés à but non lucratif, dont un tiers dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). Cette répartition des internes dépend de la localisation des services agréés, lesquels se situent majoritairement dans les CHU, les centres hospitaliers (CH) de grande taille (au moins 300 lits) et, dans une moindre mesure, les CLCC. Par ailleurs, les FFI, comme les internes, exercent principalement dans le secteur public avec près d'un FFI sur deux en CHU. Si on exclut les établissements privés à but lucratif, la répartition des internes par catégorie d'établissements reflète celle des médecins, pharmaciens et odontologistes, plus nombreux dans les CHU et les CH de grande taille. Cependant, le nombre d'internes par praticien est deux fois plus élevé dans les CHU que dans les grands CH. En moyenne, on compte 0,4 interne par praticien dans un CHU, contre 0,2 dans un grand CH. Cette distribution suit aussi l'activité hospitalière mesurée en séjours en hospitalisation complète : les CHU et les CH de grande taille, qui accueillent 78 % des internes, représentent aussi la majorité des séjours en hospitalisation complète (63 %). Toutefois, la

Tableau 1 Les internes dans les établissements de santé en 2014, selon la spécialité

Spécialités	Internes			Personnel médical*		Ratio internes/ personnel médical*
	Effectifs	Pourcentage	Évolution 2013-2014 (en %)	Effectifs	Pourcentage	
Pharmacie	1 671	5,8	-2,2	5 001	4,6	0,33
Odontologie	277	1,0	36,5	1 586	1,4	0,17
Médecine (médecine générale et spécialité de médecine)	26 810	93,2	5,0	103 284	94,0	0,26
Total	**28 758**	**100,0**	**4,8**	**109 871**	**100,0**	**0,26**

* Le personnel médical comprend les effectifs des salariés et des libéraux.
Lecture > Un pharmacien forme presque deux fois plus d'internes qu'un odontologue.
Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, accueillant des internes.
Sources > DREES, SAE 2013-2014, traitements DREES.

Tableau 2 Les internes en établissement de santé en 2014, selon la spécialité et la catégorie d'établissements

Spécialités		Établissements publics			Établis-sements privés à but non lucratif	dont centres de lutte contre le cancer	Établis-sements privés à but lucratif	Ensemble des établis-sements
		Centres hospi-taliers univer-sitaires	Centres hospitaliers de grande taille (au moins 300 lits)	Autres établis-sements publics (y compris CHS*)				
Internes	Effectifs	15 825	6 571	4 236	1 909	721	217	28 758
	%	55,0	22,8	14,7	6,6	2,5	0,8	100,0
Faisant fonction d'internes (FFI)	Effectifs	1013	774	261	196	58	1	2 245
	%	45,1	34,5	11,6	8,7	2,6	0,0	100,0
Total du personnel médical**	**Effectifs**	**41 667**	**27 993**	**22 498**	**10 077**	**2 320**	**7 636**	**109 871**
	%	**37,9**	**25,5**	**20,5**	**9,2**	**2,1**	**6,9**	**100,0**
Séjours en hospitalisation complète	Nombre	2 924 247	3 151 393	2 049 798	805 775	147 815	713 670	9 644 883
	%	30,3	32,7	21,3	8,4	1,5	7,4	100,0
Ratio internes/ personnel médical		0,38	0,23	0,19	0,19	0,31	0,03	0,26
Ratio internes/100 séjours en hospitalisation complète		0,54	0,21	0,21	0,24	0,49	0,03	0,30

* CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales.
** Le personnel médical comprend les effectifs des salariés et des libéraux.
Lecture > Rapportés à un même nombre de séjours en hospitalisation complète, les centres hospitaliers universitaires et les centres de lutte contre le cancer forment plus d'internes que les autres établissements de santé.
Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, accueillant des internes.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

répartition des internes entre ces deux catégories n'est pas proportionnelle à l'activité observée. Les CH de grande taille représentent, en effet, 33 % des séjours en hospitalisation complète en 2014, mais n'accueillent que 23 % des internes. De ce fait, rapporté au nombre de séjours en hospitalisation complète, le nombre d'internes est plus de deux fois plus élevé dans les CHU.

Des étudiants plus souvent accueillis dans des services de médecine, chirurgie et obstétrique

La majorité des internes et des FFI (87 %) effectuent leur formation au sein de services appartenant à la discipline d'équipement « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) [tableau 3]. Seuls 10 % des internes en équivalent temps plein (ETP) exercent en service psychiatrique ou en service de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ou encore en soins de longue durée. Plus de la moitié (57 %) des internes en services psychiatriques travaillent dans des centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS) et 27 % en CHU (tableau 4). Pour un même nombre de séjours en hospitalisation complète, les services de psychiatrie des CHU comptabilisent plus de trois fois plus d'internes que les CHS. Les médecins, pharmaciens et odontologistes hospitaliers salariés travaillent également en grande partie en MCO (84 % en ETP). Le nombre d'internes et de FFI par praticien est plus important en MCO qu'en psychiatrie, moyen séjour et hospitalisation à domicile. ■

Champ

Internes des établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), en fonction au 31 décembre. Ne sont comptabilisés que les établissements comportant au moins un interne, quel que soit le nombre de FFI (faisant fonction d'internes).

Définitions

Les faisant fonction d'internes (FFI) sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquérir une spécialisation complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, assurent des fonctions d'interne. En effet, l'exercice en France de ces médecins est conditionné par une autorisation. À défaut, ces médecins ne peuvent exercer des fonctions hospitalières que s'ils sont inscrits à des formations universitaires et uniquement dans des établissements hospitaliers publics.

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

Pour en savoir plus

- Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2010, *Les Internes en médecine, effectifs et répartition 2010-2014*, tome I, Rapport 2010-2011.
- Bachelet M., 2014, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013 », *Études et Résultats*, n° 894, DREES.

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipement, personnel). Cette source de données ne rend donc pas compte des internes effectuant des stages extra-hospitaliers. La SAE a connu une refonte en 2013, présentée sur le site Internet de la DREES. Cette refonte a introduit pour de nombreuses variables une rupture de série en 2013, qui complique l'analyse des évolutions entre les années antérieures et postérieures à 2013 : celles-ci doivent donc être interprétées avec précaution.

Tableau 3 Les internes en établissement de santé en 2014, selon la discipline d'équipement de leur service d'affectation

Disciplines	Internes et faisant fonction d'internes		Personnel médical salarié*		Ratio internes/ personnel médical salarié*
	ETP	%	ETP	%	
Administration, services hôteliers et techniques**	896	3,2	1 248	1,8	0,72
Médecine, chirurgie et obstétrique	24 174	87,0	57 409	84,1	0,42
Psychiatrie	1 914	6,9	7 578	11,1	0,25
Hospitalisation à domicile	26	0,1	70	0,1	0,38
Soins de suite et de réadaptation	647	2,3	1 769	2,6	0,37
Soins de longue durée	117	0,4	204	0,3	0,57
Ensemble des disciplines	**27 773**	**100,0**	**68 277**	**100,0**	**0,41**

ETP : équivalent temps plein moyen annuel rémunéré.
* Dans ce tableau, contrairement aux tableaux 1 et 2, les internes sont rapportés aux seuls médecins salariés (en ETP), car la répartition des libéraux en ETP par discipline n'est pas connue.
** L'administration gère, entre autres, le PMSI et accueille beaucoup d'internes de santé publique, même si peu de médecins exercent dans ces services.
Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, accueillant des internes.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Tableau 4 Les internes en services psychiatriques en 2014

Établissements	Internes et faisant fonction d'internes		Séjours en hospitalisation complète en psychiatrie	Ratio internes/ 100 séjours en hospitalisation en psychiatrie
	ETP	%		
CHS	1 092	57,1	302 542	0,36
Centres hospitaliers universitaires	520	27,2	44 902	1,16
Centres hospitaliers	232	12,1	118 805	0,20
Autres établissements	69	3,6	20 308	0,34
Ensemble des établissements	**1 914**	**100,0**	**486 557**	**0,39**

CHS : centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales.
Champ > Établissements de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, accueillant des internes.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

08 Personnels non médicaux salariés et sages-femmes

En 2014, les personnels non médicaux et les sages-femmes exerçant à temps plein ou à temps partiel représentent plus d'un million de salariés en équivalent temps plein dans les établissements de santé de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées. Le personnel non médical et les sages-femmes des établissements sanitaires augmentent par rapport à 2013 (+0,5 %). Il s'agit uniquement du personnel non médical des établissements sanitaires, le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation étant ici exclu. Près des deux tiers des personnels non médicaux et des sages-femmes sont des titulaires et des stagiaires de la fonction publique hospitalière.

Une légère augmentation du nombre d'emplois

Les personnels non médicaux salariés et les sages-femmes dans les établissements de santé représentent 1 020 000 personnes en équivalent temps plein (ETP). Les trois quarts de ces ETP exercent dans des hôpitaux publics. Le quart restant se répartit à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées (tableau 1). En 2014, le nombre d'ETP progresse légèrement dans les cliniques privées (+0,5 %) et dans le secteur public (+0,5 %). Il est stable dans les établissements privés à but non lucratif. Le nombre d'infirmiers et de sages-femmes en ETP est en hausse (respectivement +1,1 % et +2,1 %), de même que celui des aides-soignants (+0,5 %). En revanche, le nombre des agents de services hospitaliers est globalement en baisse (-2,9 %), en particulier dans le secteur public et le secteur privé à but non lucratif. Le personnel d'encadrement du personnel soignant enregistre également une baisse (-1,1 %), notamment dans le secteur public (-1,5 %). Au total, entre 2013 et 2014, les ETP de personnels non médicaux et de sages-femmes des établissements de santé augmentent de 0,5 %. La progression du personnel est plus forte pour l'hospitalisation à domicile (+9,3 %) [tableau 2]. La forte diminution du personnel des unités de soins de longue durée (USLD) jusqu'en 2011 fait suite à la réforme de 2006 visant à transformer, avant mars 2009, un grand nombre d'USLD en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), établissements ne faisant pas partie du champ de l'enquête. Si l'on exclut les USLD, le personnel non médical et les sages-femmes des établissements sanitaires sont en hausse de 0,6 % entre 2013 et 2014.

Près des deux tiers des personnels non médicaux et des sages-femmes sont des titulaires et des stagiaires de la fonction publique hospitalière

En 2014, sur plus d'un million de personnels non médicaux et de sages-femmes des établissements de santé, 650 000 sont titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière, 270 000 sont en contrat à durée indéterminée et 100 000 à contrat à durée déterminée. Le nombre de personnels non médicaux et de sages-femmes en contrat à durée déterminée augmente par rapport à 2013 (+3,8 %). Cette progression du personnel en contrat à durée déterminée a été plus forte pour les infirmiers (+14,6 %). Entre 2013 et 2014, le nombre de personnels non médicaux et de sages-femmes en contrat à durée indéterminée ou titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière est stable. ■

Tableau 1 Personnels non médicaux et sages-femmes des établissements de santé en 2014, emplois en équivalent temps plein moyen annuel rémunéré

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2014	Évolution 2013-2014 (en %)	2014	Évolution 2013-2014 (en %)	2014	Évolution 2013-2014 (en %)	2014	Évolution 2013-2014 (en %)
Personnels administratifs	96 216	0,7	18 709	-0,2	18 889	0,4	133 814	0,6
Personnels soignants	525 239	0,4	81 887	0,2	100 289	0,3	707 416	0,3
Sages-femmes	11 422	2,6	1 058	2,5	2 328	-0,5	14 809	2,1
Personnel d'encadrement du personnel soignant	17 709	-1,5	3 485	-0,3	3 165	0,3	24 359	-1,1
Infirmiers*	231 653	1,2	34 740	0,9	44 365	0,7	310 758	1,1
Aides-soignants	174 846	0,7	23 430	0,2	28 769	-0,7	227 044	0,5
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	64 467	-3,6	11 551	-3,5	17 329	0,1	93 347	-2,9
Rééducateurs	15 099	1,8	5 829	2,0	3 529	4,7	24 457	2,2
Psychologues	10 043	1,9	1 794	2,6	804	4,1	12 641	2,2
Personnels éducatifs et sociaux	11 558	2,5	3 385	-0,2	915	5,6	15 858	2,1
Personnels médico-techniques	41 390	1,2	6 180	0,6	3 722	3,5	51 292	1,3
Personnels techniques	94 771	0,7	9 541	-1,2	6 901	1,2	111 213	0,5
Total	**769 174**	**0,5**	**119 702**	**0,0**	**130 717**	**0,5**	**1 019 592**	**0,5**

* Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique.
Note • À partir de la SAE 2011, seuls sont interrogés les établissements sanitaires. Les établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont désormais exclus du champ. Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2013-2014, traitements DREES.

Champ

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

Définitions

• **Les personnels non médicaux et les sages-femmes** pris en compte ici sont des personnels salariés, titulaires ou contractuels des établissements sanitaires, rémunérés au 31 décembre par l'établissement dans le secteur privé ou par l'entité juridique dans le secteur public (sont inclus les élèves rémunérés, les personnels en congés simples, de longue maladie, en cessation progressive d'activité, etc.). Les apprentis et autres contrats aidés ne sont pas, en revanche, comptabilisés. Le personnel des établissements sociaux, médico-sociaux et de formation n'apparaît pas dans cette fiche.

• **Les emplois comptés** correspondent au nombre de personnes employées par chaque établissement.

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

• **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 du service) dans lequel il travaille. Par exemple, un aide-soignant qui travaille dans un service administratif est quand même compté dans les effectifs des personnels des services de soins.

Pour en savoir plus

• Kranklader E., Minodier C. et Fourcade N., 2013, « Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », *Études et Résultats*, n° 846, juillet, DREES.

• Cavillon M., 2012, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats*, n° 791, mars, DREES.

• Barlet M. et Cavillon M., 2011, « La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », *Études et Résultats*, n° 759, mai, DREES.

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

Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (séjours et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). La SAE a connu une refonte en 2013, présentée sur le site Internet de la DREES. Cette refonte a introduit pour de nombreuses variables une rupture de série en 2013, qui complique l'analyse des évolutions entre les années antérieures et postérieures à 2013 : celles-ci doivent donc être interprétées avec précaution.

Tableau 2 Personnels non médicaux et sages-femmes entre 2006 et 2014 par discipline, en équivalent temps plein

Disciplines	2006*	2008*	2010	2011	2012	2013**	2014**	Évolution 2013-2014 (en %)
Administration	242 940	244 418	242 922	239 310	240 300	242 674	237 131	-2,3
Section hôpital	742 888	760 904	763 825	770 350	781 607	772 182	782 461	1,3
Médecine, chirurgie, obstétrique	333 497	343 204	352 495	358 851	362 186	510 358	518 628	1,6
Psychiatrie	111 937	112 842	114 166	115 345	117 591	118 776	119 249	0,4
Hospitalisation à domicile***	-	-	-	-	-	7 742	8 459	9,3
Soins de suite et de rééducation	86 526	90 512	96 753	97 244	98 735	104 522	107 001	2,4
Soins de longue durée	48 403	49 675	33 548	29 640	28 844	30 783	29 124	-5,4
Autres disciplines***	162 525	164 671	166 863	169 270	174 252	-	-	-
Ensemble	**985 828**	**1 005 323**	**1 006 747**	**1 009 660**	**1 021 907**	**1 014 857**	**1 019 592**	**0,5**
Ensemble (hors unités de soins de longue durée)	**937 425**	**955 648**	**973 199**	**980 020**	**993 063**	**984 073**	**990 468**	**0,6**

Jusqu'en 2012, le concept d'équivalent temps plein (ETP) faisait référence aux ETP rémunérés en décembre. Depuis 2013, on comptabilise les ETP moyens annuels.
* Le questionnaire de la SAE ayant été modifié en 2009, les ETP en décembre des contrats à durée déterminée n'étaient pas collectés pour la période 2002-2008. Ils ont été estimés par les ETP moyens mensuels rémunérés.
** La SAE a connu une refonte très importante en 2013. Depuis cette date, le concept d'ETP est en ETP moyens annuels et non plus en ETP en décembre. Cette refonte a introduit pour de nombreuses variables une rupture de série en 2013, qui complique l'analyse des évolutions entre les années antérieures et postérieures à 2013 : celles-ci doivent donc être interprétées avec précaution.
*** L'hospitalisation à domicile n'était pas isolée en tant que discipline d'équipement avant 2013 ; elle était alors répartie sur les autres disciplines d'équipement. De plus, la refonte de la SAE a notamment demandé aux établissements de mieux répartir l'ensemble de leur activité sur les disciplines d'équipement et de ne plus utiliser le poste non affecté des autres disciplines.
Note > À partir de la SAE 2011, seuls sont interrogés les établissements sanitaires. Les établissements sociaux, médico-sociaux et de formation sont désormais exclus du champ.
Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2006-2014, traitements DREES.

09 Les salaires dans le secteur hospitalier

Dans les établissements de santé, le salaire net annuel moyen d'un équivalent temps plein s'élève à 26 470 euros en 2013. Pour les professions non médicales, le salaire moyen est plus élevé dans le secteur public que dans le secteur privé. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les revenus sont les plus dispersés et qu'ils augmentent davantage avec l'âge.

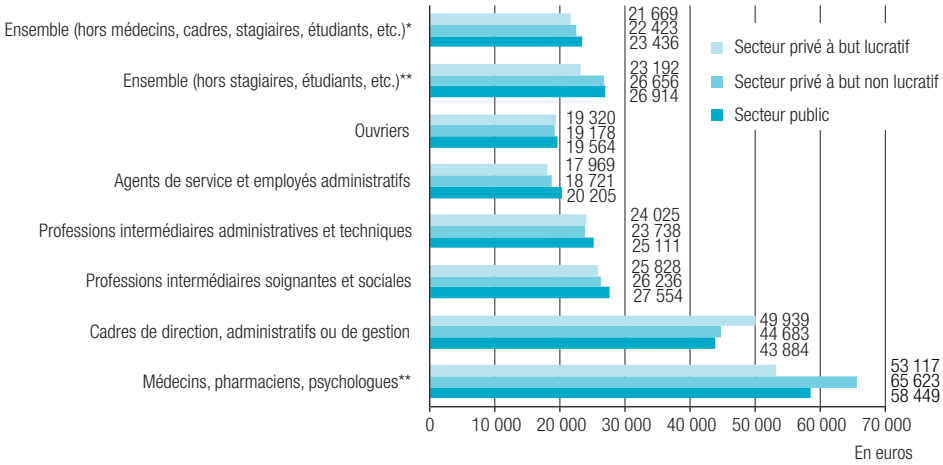
Le salaire net annuel moyen est plus élevé dans le secteur public

En 2013, le salaire net annuel moyen d'un équivalent temps plein (ETP) s'élève à 26 470 euros : 26 910 dans le secteur public, 26 660 dans le secteur privé à but non lucratif et 23 190 dans le secteur privé à but lucratif (graphique). En euros courants, le salaire net en ETP a augmenté de 0,7 % entre 2012 et 2013 dans le secteur hospitalier dans son ensemble, de 0,6 % dans le secteur hospitalier public, de 0,6 % dans le secteur privé à but non lucratif et de 0,9 % dans le secteur privé. Les différences de salaires moyens entre les différents secteurs s'expliquent en partie par des différences de structures de qualification et de répartitions par âge. Les cadres de direction ont en moyenne des salaires plus élevés dans le secteur privé à but lucratif que dans les secteurs public et privé à but non lucratif. À l'inverse, les professions non cadres et les médecins ont des salaires moyens moins élevés dans le privé que dans le public. Les médecins, pharmaciens, psychologues (hors internes et externes) perçoivent un salaire net annuel moyen de 59 010 euros. Les comparaisons entre secteurs des salaires moyens des médecins sont délicates du fait de la spécificité des modes de rémunération. En particulier, la part des médecins salariés dans l'effectif total des établissements privés à but lucratif est très faible par rapport à celle des deux autres secteurs. En effet, dans les cliniques privées, les personnels médicaux exercent le plus souvent en tant que libéraux et ne sont donc pas salariés. Pour les professions intermédiaires soignantes et sociales, le salaire annuel moyen est plus élevé dans le secteur public (27 550 euros) que dans les secteurs privés à but non lucratif et à but lucratif (respectivement 26 240 et 25 830 euros). De même, les agents de service et employés administratifs gagnent respectivement 20 210, 18 720 et 17 970 euros dans les secteurs public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif. En 2013, la dispersion des salaires, estimée par le rapport interdécile, est de 2,3 dans l'ensemble du secteur hospitalier (tableau 1). Il s'agit du rapport entre le salaire annuel au-delà duquel se situent les 10 % des salariés les mieux payés et celui en deçà duquel se situent les 10 % les moins bien payés. Dans le secteur public comme dans le secteur privé, c'est parmi les professions les plus qualifiées que les revenus sont les plus dispersés : le rapport interdécile est ainsi de 3,6 parmi les cadres, médicaux ou non, tandis qu'il est de 1,9 pour les autres professions, rapports qui ne diffèrent pas d'un secteur à l'autre. Ces dispersions sont stables d'une année sur l'autre.

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

En 2013, un médecin, pharmacien, psychologue ou cadre salarié d'un établissement de santé perçoit, en début de carrière, un salaire annuel compris en moyenne entre 25 760 euros s'il est âgé de moins de 30 ans et 43 130 euros s'il a entre 30 et 39 ans (tableau 2). Entre 50 et 59 ans, il perçoit en moyenne 66 500 euros par an. Cet écart selon l'âge est beaucoup plus marqué pour les personnels plus qualifiés que pour les autres

Graphique Les salaires nets annuels moyens en 2013 par catégorie socioprofessionnelle et secteur d'activité



* Y compris personnels non ventilés.
** Hors internes et externes.
Note > La catégorie « non ventilés » n'est pas représentée ici.
Champ > Salariés, France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), hors contrats aidés, hors SSA.
Sources > INSEE, DADS 2013-SIASP 2013, traitement DREES.

Tableau 1 Distributions des salaires nets annuels en 2013

En euros

Déciles	Secteur public*	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
D1	17 010	15 729	14 963	16 581
D2	18 495	17 523	16 358	18 166
D3	19 866	19 095	17 692	19 579
D4	21 194	20 770	19 179	20 949
Médiane	**22 652**	**22 309**	**20 740**	**22 422**
D6	24 507	24 042	22 454	24 210
D7	27 252	26 226	24 490	26 737
D8	31 176	29 401	27 180	30 610
D9	38 104	39 119	32 314	37 477
D9/D1	**2,2**	**2,5**	**2,2**	**2,3**

* Y compris personnels non ventilés.
Note > Hors internes et externes.
Champ > Salariés, France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), hors SSA.
Sources > INSEE, DADS 2013-SIASP 2013, traitement DREES.

salariés de l'hôpital. Ainsi, parmi les professions intermédiaires (soignantes, sociales, administratives et techniques), les salariés de moins de 30 ans gagnent en moyenne 21 640 euros par an, tandis que les salariés âgés de 50 à 59 ans perçoivent en moyenne 31 760 euros. Les écarts selon l'âge sont plus faibles encore pour les agents de service et les ouvriers, de 17 390 euros pour les plus jeunes à 21 330 euros pour leurs aînés. Le salaire moyen des hommes est supérieur de 22 % à celui des femmes dans le secteur public et dépend en partie des fonctions occupées : les médecins, pharmaciens, psychologues représentent 19 % des postes en ETP occupés par des hommes, contre 6 % de ceux occupés par des femmes. Ces dernières exercent plus souvent des postes de la filière soignante (infirmières, sages-femmes, aides-soignantes, etc.), correspondant aux professions intermédiaires soignantes et aux agents de service, soit 41 % de leurs postes occupés en ETP. ■

Champ

France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), hors le service de santé des armées (SSA) et hors stagiaires, contrats aidés, internes et externes. La présente étude porte sur les établissements dont l'activité économique principale relève des activités hospitalières (8610Z) ou ayant la catégorie juridique « établissement d'hospitalisation » (7364).

Définitions

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

• **Agents de service ou employés administratifs** : ils incluent les agents de services hospitaliers, les aides-soignants et les ambulanciers.

• **Professions intermédiaires soignantes** : elles sont constituées des infirmiers, des sages-femmes, des spécialistes de la rééducation et des techniciens médicaux.

• **Professions intermédiaires sociales** : elles sont constituées des assistantes sociales et des éducateurs spécialisés.

Pour en savoir plus

• Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, édition 2015, disponible sur le site Internet de la fonction publique.

• INSEE, 2016, « Les salaires dans la fonction publique en 2014 (premiers résultats) », *Informations rapides*, n° 79, mars 2016.

• Nous ne pouvons pas encore fournir les salaires des agents des hôpitaux publics pour l'année 2014, car les données disponibles sont encore provisoires et ne permettent pas de donner des résultats, ni par profession ni par tranche d'âge.

Sources

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

Tableau 2 Structure des emplois et des salaires nets annuels moyens par tranche d'âges et catégorie socioprofessionnelle en 2013

Tranches d'âges	Médecins, pharmaciens, psychologues/cadres*		Professions intermédiaires soignantes, sociales, administratives, techniques		Agents de service, employés, ouvriers		Ensemble (hors stagiaires)**	
	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)	Répartition des postes (en %)	Salaire net annuel moyen (en euros)
Moins de 30 ans	4,4***	25 761	22,0	21 644	16,2	17 391	17,5	19 881
30 à 39 ans	27,9	43 125	27,0	24 595	22,2	18 849	24,8	24 254
40 à 49 ans	25,6	57 465	24,3	28 795	30,5	19 888	27,4	26 786
50 à 59 ans	28,3	66 504	23,5	31 761	28,3	21 327	26,3	30 198
60 ans ou plus	13,7	70 628	3,1	32 925	2,8	21 914	4,0	42 315

* Hors internes et externes.
** Y compris personnels non ventilés.
*** Compte tenu de la longueur des études médicales, l'âge de début de carrière se situe souvent au-delà de 30 ans pour ces professions.
Champ > Salariés, France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), hors SSA.
Sources > INSEE, DADS 2013-SIASP 2013, traitement DREES.

10 Les établissements de santé dans les départements et régions d'outre-mer : activité et capacités

En France, l'organisation sanitaire des cinq départements et régions d'outre-mer revêt une grande diversité. La Martinique et la Guadeloupe ont une capacité et une activité hospitalières comparables à celles de la Métropole, tandis qu'en Guyane, à La Réunion et plus encore à Mayotte, la capacité, rapportée à la population, est nettement moins élevée et moins variée.

Les départements et régions d'outre-mer (DROM) ont une organisation sanitaire très contrainte par leur géographie. Les Antilles, La Réunion et Mayotte sont des départements insulaires, alors que la Guyane est un vaste territoire faiblement peuplé. De plus, si la structure d'âge est proche de celle de la Métropole en Martinique et en Guadeloupe, la population est nettement plus jeune à Mayotte, à La Réunion et en Guyane. En 2014, la population des DROM représente 3 % de la population française, soit 2,1 millions de personnes. La Guyane, Mayotte et la Corse sont maintenant les seules régions françaises à ne pas avoir de centre hospitalier régional (CHR) [tableau 1]. Les deux premières régions sont aussi les seules à ne pas avoir de centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, l'offre publique reposant uniquement sur les centres hospitaliers généraux. En nombre de lits pour 10 000 habitants, la Guadeloupe et la Martinique sont les DROM qui se rapprochent le plus de la Métropole, tandis que la Guyane et La Réunion ont des taux d'équipement plus faibles (tableaux 2 et 3). Les écarts sont particulièrement marqués pour les soins de suite et de réadaptation (moyen séjour) : la Guadeloupe et la Martinique disposent respectivement de 17 et 15 lits pour 10 000 habitants (16 en France métropolitaine), contre 4 pour la Guyane et 7 pour La Réunion.

Médecine, chirurgie et obstétrique

L'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en hospitalisation complète, rapportée à la population, est plus faible dans les DROM qu'en France métropolitaine. Le taux d'hospitalisation varie de 12,1 à 13,9 séjours pour 100 habitants dans les DROM (hors Mayotte), alors qu'il est en moyenne de 15,9 en Métropole (tableau 4). En 2014, la durée moyenne de séjour en Martinique et en Guyane est légèrement plus élevée que la moyenne métropolitaine (respectivement 6,5 et 6,4 jours contre 5,7), mais elle est plus courte à La Réunion (5,1 jours). L'hospitalisation partielle en MCO rapportée à la population atteint en Guadeloupe des taux proches de ceux de la Métropole, mais elle est beaucoup moins développée en Guyane, en lien avec une capacité plus faible. En 2011, l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire au centre hospitalier de Cayenne a permis d'augmenter le taux de pratique de cette activité. En MCO, la part de l'hospitalisation partielle (nombre de venues en hospitalisation partielle rapporté à la somme des séjours en hospitalisation complète et des venues en hospitalisation partielle) est de 21 % en Guyane, alors qu'elle est de 42 % en Guadeloupe, 37 % en Martinique et 35 % à La Réunion, parts comparables à celle de la Métropole (40 %).

La psychiatrie

La prise en charge de la santé mentale dans les DROM repose quasi exclusivement sur une offre portée par les hôpitaux publics. La Réunion est le département où l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est la plus développée : 4,9 venues pour 100 habitants, devant la Guadeloupe (4,4), dont le nombre de places pour 10 000 habitants

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé par catégorie d'établissements en 2014

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Établissements publics*	**10**	**14**	**2**	**10**	**1**	**1 379**
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	1	5	0	6	0	170
Centres hospitaliers (CH), dont anciens hôpitaux locaux	8	8	2	3	1	951
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	1	1	0	1	0	94
Autres établissements publics	0	0	0	0	0	164
Établissements privés à but non lucratif	**0**	**1**	**1**	**2**	**0**	**679**
Centres de lutte contre le cancer**	0	0	0	0	0	21
Autres établissements privés à but non lucratif	0	1	1	2	0	658
Établissements privés à but lucratif	**12**	**4**	**2**	**16**	**0**	**978**
Établissements de soins de suite et de réadaptation	4	1	0	8	0	331
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	8	3	2	6	0	495
Établissements de lutte contre les maladies mentales	0	0	0	2	0	143
Établissements de soins de longue durée	0	0	0	0	0	6
Autres établissements privés à but lucratif	0	0	0	0	0	3
Total	**22**	**19**	**5**	**28**	**1**	**3 036**

* Le nombre d'établissements indiqué pour le secteur public comptabilise tous les établissements géographiques. Pour une entité juridique multisite comme l'AP-HP, on compte autant d'établissements que de sites, contrairement aux éditions précédentes.
** En 2014, les 3 sites de l'institut de cancérologie de l'Ouest et les 2 sites de l'Institut Curie sont comptés chacun comme un établissement.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA. Les données sur la Guadeloupe incluent les deux établissements de Saint-Martin et Saint-Barthélémy. Sont comptabilisés les établissements d'hospitalisation disposant d'au moins un lit (ou d'une place) à temps complet ou partiel, y compris les anciens hôpitaux locaux. Ne sont pas comptabilisés les centres de dialyse et de radiothérapie.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

est pourtant plus élevé que dans les autres DROM. En hospitalisation complète, La Réunion enregistre un nombre de lits rapporté à la population inférieur à celui des Antilles et de la Métropole, alors que le nombre de séjours est proche de celui de la Martinique. De fait, la durée moyenne de séjour est deux fois moins élevée à La Réunion qu'en Martinique : 25 jours contre 56 (29 jours en France métropolitaine).

Les soins de suite et de réadaptation

En hospitalisation complète en soins de suite et de réadaptation (ou moyen séjour), le nombre de séjours rapporté à la population en Martinique et à La Réunion est proche de celui enregistré en Métropole, mais il est supérieur en Guadeloupe. En hospitalisation partielle, des écarts importants, à la hausse (Guadeloupe, La Réunion) ou à la baisse (Martinique), existent entre chaque DROM et la Métropole. En Guyane, l'activité de moyen séjour reste très peu développée, notamment en raison de l'organisation particulière de son territoire et de la jeunesse de sa population.

Mayotte, département d'outre-mer depuis le 31 mars 2011

Mayotte se distingue des quatre autres départements et régions d'outre-mer par une capacité très réduite en hospitalisation. Ce département est doté d'un seul centre hospitalier public situé à Mamoudzou dont l'offre est concentrée sur la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. Le taux d'équipement y est le plus faible des DROM : 14 lits d'hospitalisation complète et 2 places d'hospitalisation partielle pour 10 000 habitants. Le taux d'hospitalisation complète en MCO est très inférieur à celui des autres DROM : 8,9 % avec une durée moyenne de séjour de 5,6 jours, en dépit d'une faible part de l'hospitalisation partielle. La capacité et l'activité en psychiatrie sont très réduites : 0,5 lit pour 10 000 habitants, 0,1 séjour pour 100 habitants et une durée moyenne de séjour de 18 jours. Ce département n'a aucune capacité en soins de suite et de réadaptation. Un hôpital actuellement en construction à Petite-Terre complétera l'offre de soins du centre hospitalier de Mayotte et contribuera à rééquilibrer les infrastructures sanitaires sur le territoire. ■

Champ

Les capacités et l'activité concernent l'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2014.

Définitions

- Pour les notions d'établissements de santé, voir la fiche « Les grandes catégories d'établissements de santé » ; pour les notions de lits et de places, d'hospitalisation complète et partielle, voir la fiche « Les capacités d'accueil à l'hôpital ».
- Durée moyenne de séjour : il s'agit du rapport entre le nombre de journées et le nombre de séjours observé pour l'hospitalisation de plus de un jour (dite ici hospitalisation complète).
- Les différents statuts juridiques des établissements, leurs modes de financement et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Pour en savoir plus

- Rapport de la Cour des comptes, 2014 « La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République »

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la 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.

Tableau 2 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2014

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	1 243	1 208	695	2 122	313	211 018
	Psychiatrie	282	331	96	394	10	56 750
	SSR	701	568	106	628	0	102 817
	Soins de longue durée	165	110	30	84	0	31 250
Places	MCO	129	181	53	270	47	31 308
	Psychiatrie	184	91	50	284	0	28 636
	SSR	112	56	60	277	0	10 798
Population en 2014 (en milliers)		404	381	250	845	220	63 920

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

Tableau 3 Nombre de lits et de places installés pour 10 000 habitants au 31 décembre 2014

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Lits	MCO	31	32	28	25	14	33
	Psychiatrie	7	9	4	5	0	9
	SSR	17	15	4	7	0	16
	Soins de longue durée	4	3	1	1	0	5
Places	MCO	3	5	2	3	2	5
	Psychiatrie	5	2	2	3	0	4
	SSR	3	1	2	3	0	2

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

Tableau 4 Activité des établissements de santé, taux pour 100 habitants en 2014

		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Séjours d'hospitalisation complète	MCO	13,7	12,8	12,1	13,9	8,9	15,9
	Psychiatrie	1,1	0,5	0,4	0,6	0,1	1,0
	SSR	2,3	1,4	0,0	1,5	0,0	1,6
	Soins de longue durée	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Venues en hospitalisation partielle	MCO	10,0	7,3	3,2	7,5	2,7	10,5
	Psychiatrie	4,4	2,6	1,5	4,9	0,0	7,8
	SSR	7,2	2,2	-	9,6	0,0	5,1

Note > L'activité comptabilisée est celle des établissements situés sur ces aires. Les hospitalisations des habitants des DROM effectuées en Métropole apparaissent dans la colonne France métropolitaine.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014 pour l'activité de court séjour ; ATIH, PMSI-SSR 2014 pour l'activité de SSR, traitements DREES ; DREES, SAE 2014, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de soins de longue durée ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

Médecine, chirurgie, obstétrique

11 Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités

En douze ans, le nombre de lits en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a diminué de plus de 24 000, alors que, dans le même temps, se sont développées, sous l'impulsion du virage ambulatoire, les capacités d'hospitalisation à temps partiel. Entre 2013 et 2014, l'activité d'hospitalisation complète évolue peu tandis que l'hospitalisation partielle augmente significativement. Les durées moyennes de séjour restent stables.

Entre 2002 et 2014, le nombre de lits dédiés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en court séjour a diminué d'un peu plus de 24 000, pour atteindre environ 217 000 lits en fin de période. Cette diminution s'est effectuée à des rythmes différents selon les secteurs : environ -6 % pour les établissements publics, contre -17 % pour les cliniques privées et les établissements privés à but non lucratif. Cependant, ces écarts d'évolution n'ont pas modifié de façon significative la répartition globale des lits entre les différents secteurs : en 2014, les lits des établissements publics représentent 68 % du total des lits en MCO, contre 65 % en 2002.

32 000 places d'hospitalisation partielle en MCO en 2014

En contrepartie, le développement de l'hospitalisation partielle a été particulièrement important en MCO. En 2014, on dénombre 32 000 places dédiées à ce mode de prise en charge, contre 17 000 en 2002. Un tiers d'entre elles sont des places de chirurgie ambulatoire ou d'anesthésie dans les établissements privés à but lucratif et un tiers des places de médecine dans les hôpitaux publics (tableau 1).

Une évolution de l'activité en MCO portée par l'hospitalisation partielle

Parallèlement aux capacités, la prise en charge en hospitalisation partielle (sans nuitée), mesurée en nombre de séjours, progresse plus vite que la prise en charge en hospitalisation complète (avec au moins une nuitée). Ainsi, l'activité en hospitalisation complète est globalement stable en 2014 par rapport à 2013 (-0,1 %), résultat dû à une faible hausse du nombre de séjours dans le secteur public et à une baisse dans les établissements privés à but lucratif (tableau 2). En chirurgie, les séjours d'hospitalisation complète diminuent entre 2013 et 2014, quel que soit le statut de l'établissement (-2,1 %). Même si la baisse constatée est la plus forte dans le secteur privé à but lucratif (-4 %), les hospitalisations chirurgicales à temps complet restent encore légèrement plus nombreuses dans les cliniques privées que dans les établissements publics où le nombre de séjours diminue un peu (-0,2 %). En médecine, globalement, l'hospitalisation complète augmente de 1 % par rapport à 2013. Cette hausse est portée par les établissements publics (+1,2 %), qui prennent en charge les trois quarts de ces séjours, et par les établissements privés à but non lucratif (+1,1 %). Quant à l'hospitalisation partielle, l'activité est très dynamique depuis une dizaine d'années, sous l'impulsion du virage ambulatoire en chirurgie. En 2014, l'hospitalisation partielle en court séjour s'accroît encore de 3,7 % entre 2013 et 2014, après avoir augmenté de plus de 14 % tous secteurs confondus entre 2008 et 2013. Cette hausse est davantage le fait des cliniques privées, même si entre 2013 et 2014, les évolutions des hôpitaux publics et des établissements privés sont proches (hausses respectives de 3,3 % et 3,6 %). L'augmentation des hospitalisations partielles s'explique notamment par l'essor

Tableau 1 Nombre de lits et de places installés au 31 décembre 2014 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	99 749	10 301	9 857	1 854	13 332	2 122	122 938	14 277
Chirurgie	34 505	4 756	6 281	1 465	32 549	10 113	73 335	16 334
Gynéco-obstétrique	13 969	1 034	1 291	86	5 066	257	20 326	1 377
Total	**148 223**	**16 091**	**17 429**	**3 405**	**50 947**	**12 492**	**216 599**	**31 988**

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de séjours en 2014 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	
	Nombre de séjours en 2014 (en milliers)	Évolution 2013-2014 (en %)	Nombre de séjours en 2014 (en milliers)	Évolution 2013-2014 (en %)	Nombre de séjours en 2014 (en milliers)	Évolution 2013-2014 (en %)	Nombre de séjours en 2014 (en milliers)	Évolution 2013-2014 (en %)
Hospitalisation de plus d'un jour								
Séjours classés en médecine, dont :	4 880	1,2	501	1,1	988	-0,1	6 369	1,0
séjours de techniques peu invasives	357	4,2	63	5,8	245	2,1	665	3,6
Séjours classés en chirurgie	1 382	-0,2	261	-1,7	1 393	-4,0	3 036	-2,1
Séjours classés en obstétrique	699	0,3	77	-2,5	230	-3,0	1 006	-0,6
Total	**6 961**	**0,8**	**838**	**-0,1**	**2 611**	**-2,5**	**10 410**	**-0,1**
Hospitalisation de moins d'un jour								
Séjours classés en médecine, dont :	1 987	2,0	337	4,8	1 774	1,7	4 099	2,1
séjours de techniques peu invasives	584	4,8	209	4,6	1 570	1,6	2 364	2,6
Séjours classés en chirurgie	657	9,7	212	10,1	1 606	6,1	2 475	7,3
Séjours classés en obstétrique	224	-2,2	13	-8,1	50	-3,9	287	-2,8
Total	**2 868**	**3,3**	**563**	**6,4**	**3 430**	**3,6**	**6 861**	**3,7**

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique) se fait dorénavant à partir des CAS (catégories d'activités de soins, basées sur le troisième caractère du groupe homogène de malades [GHM]) depuis les données 2012. Concernant les séjours de chirurgie, on repère les séjours avec un acte classant opératoire. La médecine regroupe, en plus des séjours sans acte classant, les techniques peu invasives.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES.

de la chirurgie ambulatoire (+7,3 %) Cette hausse des séjours chirurgicaux est très élevée dans tous les secteurs, et les cliniques privées en réalisent les deux tiers. Dans une moindre mesure, on constate aussi, pour l'année 2014, un accroissement des prises en charge ambulatoires en médecine. Ainsi, dans cette discipline, les séjours en hospitalisation partielle ont augmenté de 2,1 %, contre 1 % pour les séjours en hospitalisation complète. La médecine reste l'activité principale des établissements publics : 70 % de l'ensembe de leurs séjours (hospitalisation partielle et complète) relèvent de cette discipline (graphique).

Stabilisation de la durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète reste stable en 2014, à 5,7 jours. C'est dans les hôpitaux publics qu'elle est la plus longue (6,2 jours) et dans les cliniques privées qu'elle est la plus courte (4,4 jours). Les établissements privés à but non lucratif occupent, eux, une position intermédiaire. Les écarts apparaissent surtout en chirurgie (DMS de 7 jours dans le secteur public, contre 4,4 jours dans les établissements privés). En obstétrique, en revanche, la DMS est de 4,5 jours quel que soit le statut juridique de l'établissement. ■

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2014 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors séances. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et les nouveau-nés restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

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

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

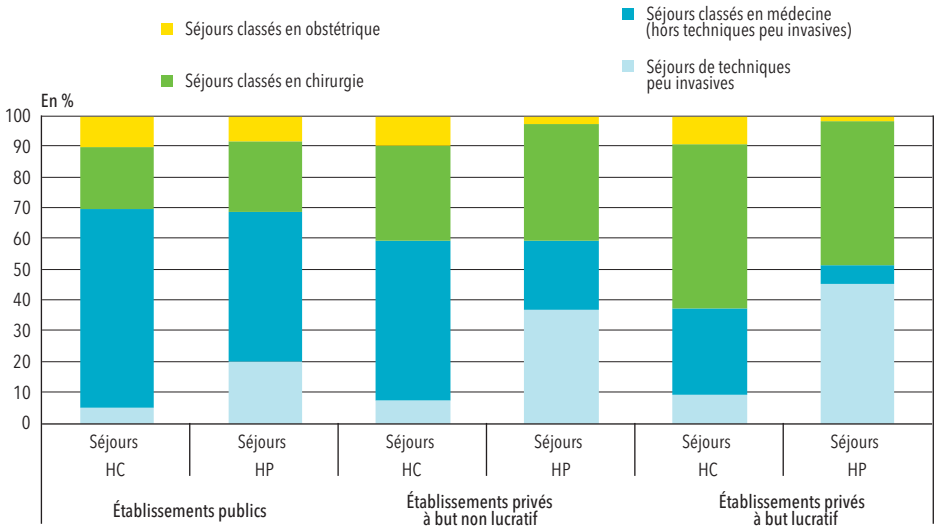
• **Hospitalisation complète et hospitalisation partielle, hospitalisation de plus ou de moins de un jour** : dans cette fiche, on considère qu'un séjour d'une durée inférieure à un jour (c'est-à-dire sans nuitée) en médecine, chirurgie, obstétrique est classé en « hospitalisation de moins de un jour », encore appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée supérieure à un jour (c'est-à-dire avec au moins une nuitée) est classé en « hospitalisation de plus de un jour », également dénommée hospitalisation complète. Voir à ce sujet la fiche « Les grandes sources de données sur les établissements de santé ».

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

Sources

Voir la fiche « L'activité en hospitalisation complète et partielle ».

Graphique Répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique selon le statut de l'établissement en 2014



HC : hospitalisation complète. HP : hospitalisation partielle.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES.

12 Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle

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

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

Trois âges de la vie sont particulièrement touchés par des hospitalisations plus fréquentes (graphique 1). En 2014, 428 800 séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont concerné des nourrissons, soit 2,5 % des séjours à temps complet et partiel, alors qu'ils ne représentent que 1,2 % de la population. Le deuxième pic d'hospitalisation est lié à la grossesse et concerne les femmes en âge de procréer, entre 15 et 44 ans. Mais c'est surtout à partir de 65 ans que le taux d'hospitalisation augmente fortement. Au total, un peu plus d'un séjour en MCO sur trois concerne des personnes de 65 ans ou plus. Par ailleurs, les taux d'hospitalisation en MCO des hommes sont plus élevés que ceux des femmes avant 15 ans et à partir de 55 ans.

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

Depuis 2001, il est possible de suivre les différents séjours hospitaliers d'un même patient à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En 2014, le nombre de patients hospitalisés en France métropolitaine et dans les DROM en MCO a ainsi été évalué à 11,2 millions, tous modes d'hospitalisation confondus : 6,3 millions de femmes et 4,9 millions d'hommes. Ainsi, 17 % de la population française connaît une hospitalisation en MCO au moins une fois dans l'année, les 83 % restants n'étant pas hospitalisés en MCO. 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 (72 %), 18 % l'ont été deux fois et 10 %, trois fois ou plus. Les recours multiples à l'hôpital ne touchent pas toutes les classes d'âges de manière uniforme. Ainsi, avant 29 ans, le nombre moyen d'hospitalisations dans l'année, pour ceux ayant été hospitalisés au moins une fois, s'établit autour de 1,3 (graphique 2). Les personnes hospitalisées de plus de 70 ans le sont plus fréquemment, avec environ 1,8 hospitalisation en moyenne.

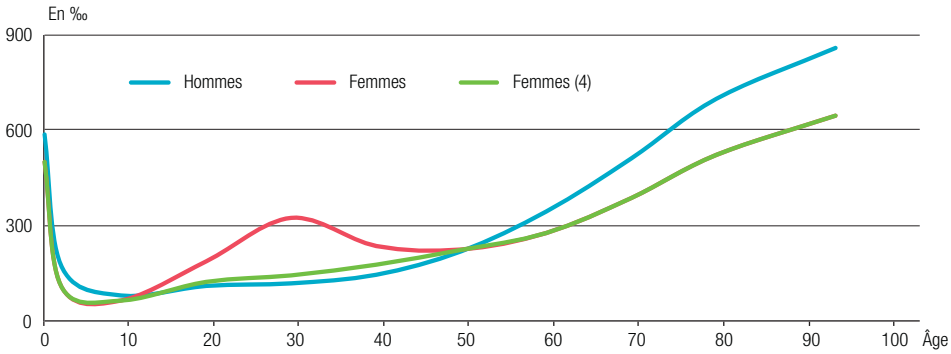
Les régions de résidence ne sont pas toujours les régions d'hospitalisation

Parmi les plus de 3 millions d'hospitalisations qui ont lieu en Île-de-France, 7,7 % des personnes hospitalisées dans cette région sont originaires d'autres régions. Ainsi, 1,9 % viennent de Hauts-de-France (Nord – Pas-de-Calais – Picardie), soit 57 000 personnes, et 1,6 % de la région Centre, soit 47 000 personnes. Cela s'explique notamment par la forte attractivité de Paris et du Val-d'Oise pour les habitants de l'Oise, ou encore du département des Yvelines pour les habitants d'Eure-et-Loir. De la même manière, 6,6 % des personnes hospitalisées dans les Pays de la Loire (soit 63 000 personnes) ne résident pas dans cette région. Les établissements des départements de la Sarthe, de la Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire sont particulièrement attractifs pour les départements limitrophes.

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

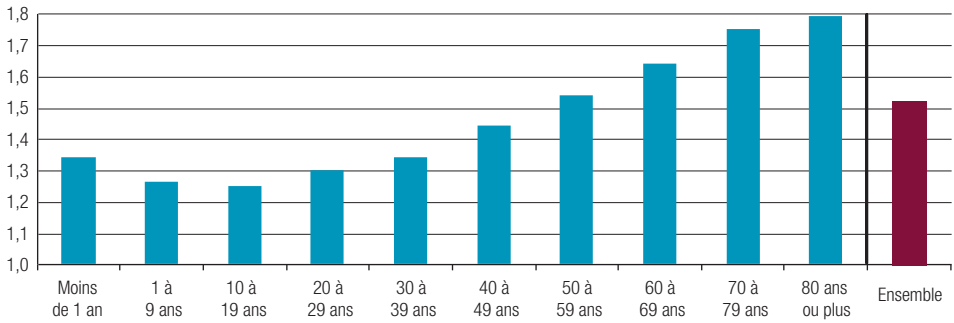
La prise en charge médicale des gastro-entérites et des affections du tube digestif constitue un exemple intéressant de la différenciation du recours aux hôpitaux publics et aux cliniques privées selon l'âge. Pour cette pathologie, plus de neuf

Graphique 1 Taux d'hospitalisation (1) dans les services de soins de courte durée MCO (2) des établissements de santé en 2014 (3)



(1) Nombre de séjours de résidents pour 1 000 habitants.
(2) Médecine, chirurgie et obstétrique.
(3) Hospitalisations de jour (sauf les séances) et hospitalisations complètes (au moins une nuitée).
(4) Non compris les hospitalisations pour grossesse, accouchement et puerpéralité (chapitre XV de la CIM de l'OMS, 10e révision).
Champ > Résidents en France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitement DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

Graphique 2 Nombre moyen d'hospitalisations des personnes hospitalisées dans l'année en 2014, par classe d'âges



Note > Les séjours des bébés restés près de leur mère ne sont pas inclus. On se restreint, ici, aux patients pour lesquels la clé de chaînage (numéro anonyme permanent et unique, attribué à chaque patient, basé sur le numéro de Sécurité sociale, la date de naissance, le sexe, etc., qui permet de faire le lien entre les différentes hospitalisations d'un même patient) ne contient pas d'erreur.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES.

nourrissons et enfants en bas âge sur dix sont pris en charge par les hôpitaux publics (graphique 3). La part de ces établissements diminue progressivement ensuite et s'établit aux alentours de 55 % pour les patients âgés de 25 à 84 ans.

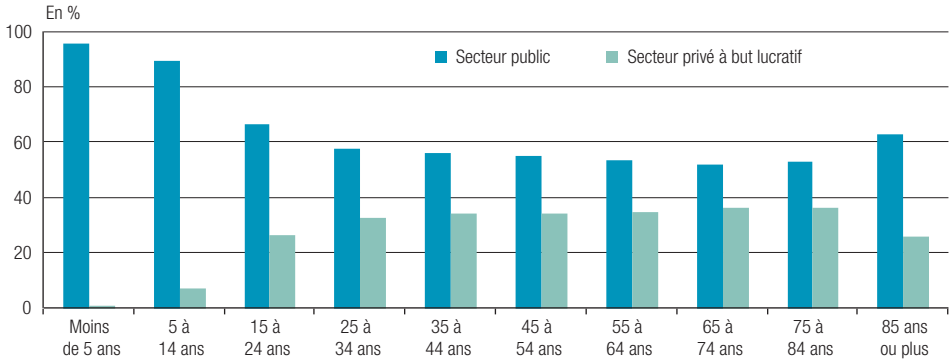
Pour cette même tranche d'âges, les cliniques privées accueillent environ un tiers des patients. Au-delà de 84 ans, la part des hôpitaux publics dans l'accueil des patients atteints de cette pathologie augmente de nouveau. Cette répartition, caractéristique de la spécialisation des établissements par type de patientèle, se confirme quand on analyse l'ensemble des recours à l'hôpital par groupe d'âges : les deux périodes extrêmes de la vie sont surtout prises en charge, en soins aigus, par le secteur public. Toutes pathologies confondues, la part des enfants de moins de 5 ans pris en charge par le secteur public est de 76 % (85 % pour les moins de 1 an), et celle des personnes âgées de 85 ans ou plus est de 70 %. ■

Champ
Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2014 en France métropolitaine et dans les DROM, y compris Mayotte et 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.

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

Sources
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.

Graphique 3 Prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2014, dans les secteurs public et privé à but lucratif



Lecture > 96 % 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 et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES.

13 Médecine, chirurgie, obstétrique : principaux motifs de recours

En 2014, les motifs de recours les plus fréquents pour l'ensemble des patients, tous âges et tous sexes confondus, hospitalisés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en France, sont les maladies de l'appareil digestif, suivies par les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire.

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

Avant 15 ans, les motifs de recours les plus fréquents, tous sexes confondus, sont les maladies de l'appareil respiratoire (16 %), suivies par les « affections dont l'origine se situe dans la période périnatale » (12 %). Viennent ensuite les « lésions traumatiques, empoisonnements et autres conséquences de causes externe » (9 %), les maladies de l'appareil digestif (8,5 %), puis les « maladies de l'appareil génito-urinaire » (8 %).

La hiérarchie des motifs diffère selon le sexe. Ainsi, la troisième cause de recours des jeunes garçons est liée à l'appareil génito-urinaire (11 %), avant les traumatismes (9 %) et les maladies de l'appareil digestif (8 %).

Pour les filles, les motifs les plus fréquents, après les maladies respiratoires et périnatales, sont les maladies de l'appareil digestif (9%), puis les séjours pour « symptômes ou résultats d'examen anormaux, non classés ailleurs » (8%), suivis par les recours pour lésions traumatiques ou de causes externes (8 %).

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

Dans cette classe d'âge, les motifs de recours les plus fréquents sont liés à la « grossesse, l'accouchement et la puerpéralité » (27 %) et aux maladies de l'appareil digestif (16 %). Viennent ensuite les lésions dues aux traumatismes et autres causes externes (8 %), les séjours pour surveillance, prévention ou autres facteurs influant sur l'état de santé (7 %), puis les maladies de l'appareil génito-urinaire (7 %).

Pour les femmes, les séjours liés à la maternité représentent 40 % des hospitalisations en MCO, devant les pathologies digestives (13 %) et les maladies de l'appareil génito-urinaire (7 %).

Pour les hommes, les motifs de recours les plus fréquents sont les maladies de l'appareil digestif (21 %), suivies par les traumatismes (15,5 %) et les maladies du système ostéo-articulaire (10 %).

Viennent ensuite, pour les deux sexes, les recours pour surveillance ou prévention et ceux pour symptômes ou résultats d'examens anormaux.

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

Entre 45 et 74 ans, les recours les plus fréquents, tous sexes confondus, sont liés aux tumeurs (16 %) et à l'appareil digestif (15 %), puis aux maladies de l'appareil circulatoire (10 %), du système ostéo-articulaire (9 %) et aux bilans de symptômes ou examens anormaux (7 %).

La hiérarchie des motifs de recours masculins est identique à cette distribution globale. Mais pour les femmes de cette classe d'âge, les recours pour maladies de l'appareil circulatoire sont deux fois moins nombreux que ceux des hommes : pour elles, les causes les plus fréquentes d'hospitalisation en court séjour sont les pathologies digestives (15,5 %) et tumorales (15%), puis les maladies du système

ostéo-articulaire (11 %). Viennent ensuite les séjours pour surveillance, prévention ou autres motifs (8 %), puis ceux pour maladies de l'appareil circulatoire (7 %) et pour affections de l'œil et de ses annexes (7 %).

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

Chez les plus âgés, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de recours à l'hôpital (17 %). À ces âges, les maladies de l'œil et de ses annexes représentent le deuxième motif de recours à l'hospitalisation (12 %) et les tumeurs, le troisième (11 %). Viennent ensuite les recours pour maladies de l'appareil digestif (9 %) et ceux pour symptômes ou anomalies d'examen (8 %).

Pour les hommes, les tumeurs représentent la deuxième cause de recours (14 %), après les maladies cardio-vasculaires (19 %). Viennent ensuite les motifs ophtalmologiques (10,5 %), digestifs (9 %) et les recours pour symptôme ou anomalie d'examen (9 %).

Pour les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont le motif de 16 % des recours, et celles de l'œil de 13 % . Les recours pour lésions traumatiques, empoisonnement ou autres conséquences de causes externes sont la troisième cause de recours (10 %), plus nombreux que les recours pour tumeur (9 %) ou maladie de l'appareil digestif (9 %). ■

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, hors séances, des établissements de santé, y compris le service de santé des armées (SSA), ayant fonctionné en 2014 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte). L'activité de court séjour des hôpitaux locaux n'est pas comptabilisée (0,2 % des séjours). Il en est de même pour les établissements dont l'activité principale ne relève pas du MCO (psychiatrie, soins de suite et de réadaptation), ainsi que pour les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère.

Définitions

Les groupes de pathologies étudiés ont été constitués à partir du diagnostic principal retenu dans chaque séjour hospitalier ou, lorsque le diagnostic principal relève du chapitre XXI (facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé), du diagnostic relié le cas échéant. Le diagnostic principal est défini dans le PMSI-MCO comme étant le problème de santé qui a motivé l'hospitalisation du patient, déterminé à la fin de celle-ci. Il est codé à l'aide de la classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10e révision.
La CIM-10 comporte un système de codage qui permet d'attribuer deux codes à certains diagnostics. Ces derniers contiennent des informations relatives à la fois à une maladie généralisée initiale (étiologie) et à une manifestation localisée à un organe donné (manifestation clinique). Dans ce cas, le PMSI retient comme diagnostic principal celui qui correspond le plus précisément à la prise en charge. Dans leur niveau agrégé, utilisé dans le graphique, les groupes de pathologies correspondent aux chapitres de la CIM-10. Ces derniers réunissent les maladies, soit dans des agrégats les localisant selon leur siège anatomique ou fonctionnel (maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'œil et de ses annexes, etc.), soit dans des agrégats généraux (tumeurs, certaines maladies infectieuses et parasitaires). Le champ de l'ORL se trouve, par exemple, réparti entre les chapitres tumeurs, maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde et maladies de l'appareil respiratoire. Par ailleurs, les symptômes et signes n'aboutissant pas à un diagnostic précis sont regroupés dans un chapitre intitulé « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ».

Pour en savoir plus

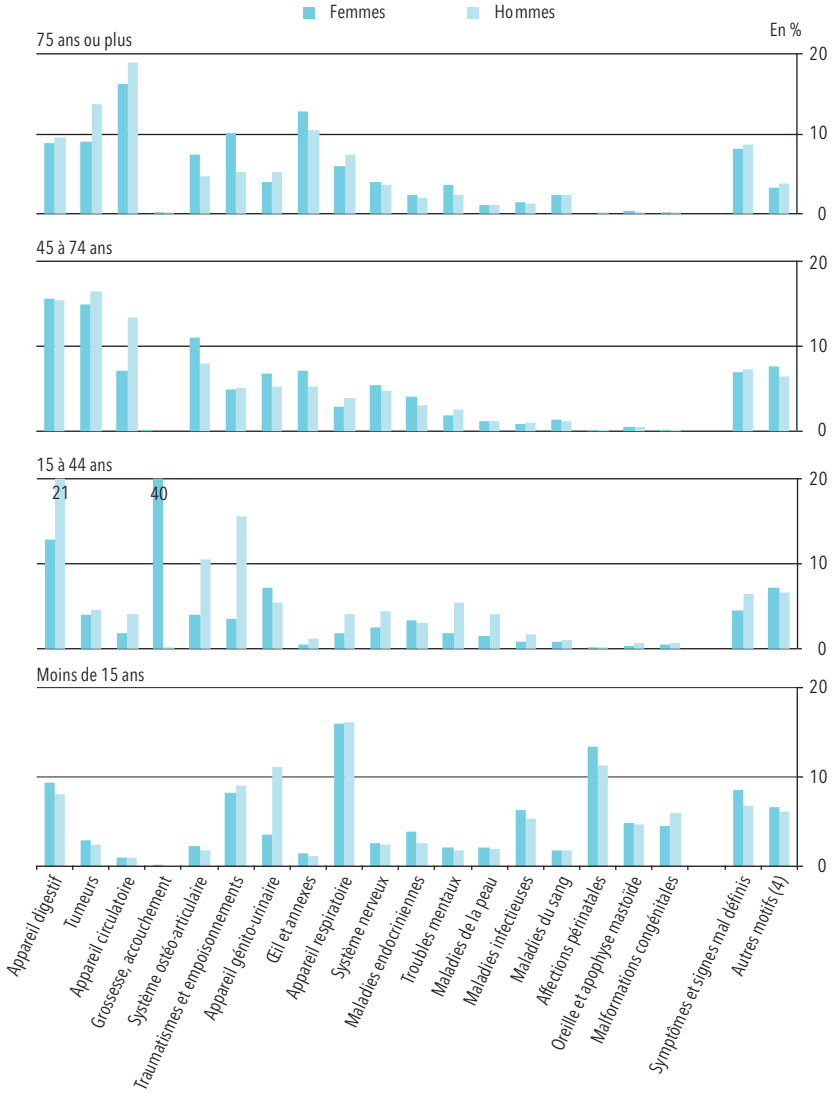
Données disponibles sur la morbidité hospitalière sur le site Internet de la DREES :

- Mouquet M.-C., 2015, « Hospitalisation de court séjour : quels motifs de recours en 2013 ? », *Études et Résultats* n°928, août, DREES.
- Mouquet M.-C., 2015, « Indicateurs de santé transversaux », dans *L'État de santé de la population – Rapport 2015*, DREES.
- Mouquet M.-C. et Oberlin P., 2013, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008. Résultats détaillés », *Document de travail*, Série Études et Recherche, DREES, novembre.
- Mouquet M.-C. et Oberlin P., 2012, « L'évolution des motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour entre 1998 et 2008 », *Le Panorama des établissements de santé – Édition 2012*, DREES.

Sources

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.

Graphique Répartition des séjours (1) annuels dans les services de soins de courte durée MCO (2) selon la pathologie traitée (3), l'âge et le sexe du patient en 2014



Note > Les groupes de maladies ont été classés par ordre décroissant de fréquence (les deux sexes et tous âges réunis), sauf pour les « symptômes, signes et états morbides mal définis », ainsi que les « autres motifs ».
1. Hospitalisations avec ou sans nuitée, sauf les traitements itératifs en séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie, etc.).
2. Médecine, chirurgie et obstétrique.
3. Diagnostic principal (ou diagnostic relié pour le chapitre 21) : regroupement selon les chapitres de la classification internationale des maladies de l'OMS, 10e révision (CIM-10).
4. Motifs de recours autres que les maladies ou traumatismes tels que surveillance, prévention, motifs sociaux, etc.
Champ > Établissements publics et privés, y compris le service de santé des armées ; patients résidant en France métropolitaine ou dans les DROM (y compris Mayotte).
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitement DREES.

14 La spécialisation en médecine

La spécialisation des établissements de santé selon leur statut juridique s'est poursuivie au cours des dernières années. L'activité de médecine est ainsi prédominante dans les établissements publics, où elle représente 70 % des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en 2014, contre 60 % dans les établissements privés à but non lucratif et 46 % dans les cliniques privées. Ces dernières privilégient les séjours médicaux de courte durée, notamment pour la pratique des endoscopies, actes médicaux les plus fréquents dans ces établissements.

En 2014, les deux tiers des séjours médicaux sont réalisés par le secteur public

La part du secteur public dans l'activité de médecine (66 %) est majoritaire pour quasiment tous les domaines d'activité (graphique). Le rôle du secteur public est d'ailleurs presque exclusif pour certaines prises en charge aussi diverses que celles liées à la toxicologie, aux intoxications et à l'alcool, aux maladies infectieuses (dont le VIH), aux pathologies psychiatriques traitées hors des services de psychiatrie et aux affections du système nerveux. Le poids du secteur public est le plus faible dans les pathologies de l'appareil digestif en raison de la part prépondérante des endoscopies dans ce domaine d'activité, réalisées pour la plupart dans les cliniques privées (tableau). La part de l'ambulatoire (moins de un jour) dans l'activité médicale des établissements publics n'est que de 29 % en raison de la complexité des cas traités.

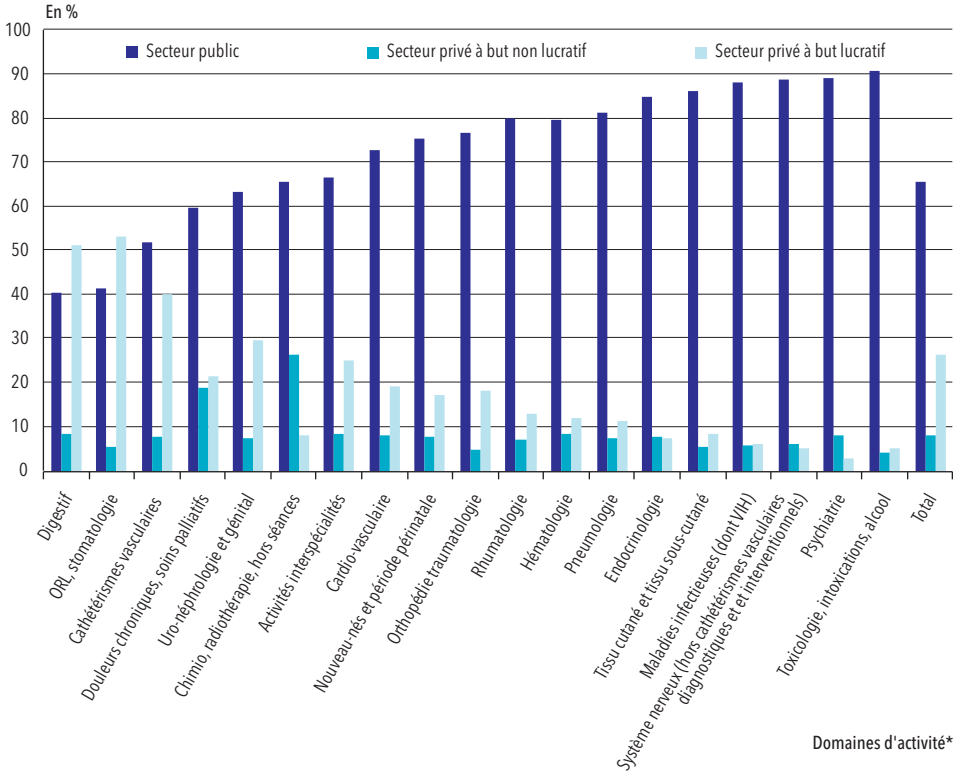
Les cliniques privées privilégient l'ambulatoire, notamment pour les endoscopies

Un peu plus d'un quart des séjours médicaux ont lieu dans les cliniques privées (26 %). Celles-ci accueillent 73 % des endoscopies digestives – de loin les plus nombreuses –, 48 % des endoscopies génito-urinaires, 54 % des endoscopies oto-rhino-laryngologiques (ORL) et 53 % des endoscopies bronchiques. Au final, environ 1,2 million d'endoscopies sont réalisées dans les cliniques privées, ce qui représente environ 44 % de l'activité médicale de ces établissements. En dehors des endoscopies, le poids des cliniques privées est aussi très important dans la prise en charge des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (40 %, ce qui représente 7 % de leur activité médicale). Lorsqu'ils sont interventionnels, et donc à visée thérapeutique, ils débouchent souvent sur la mise en place d'endoprothèses vasculaires, c'est-à-dire de stents placés dans les coronaires et les autres vaisseaux. Ces endoscopies et cathétérismes vasculaires sont souvent réalisés en ambulatoire, d'où la part importante (64 %) des séjours médicaux de moins de un jour dans les établissements privés à but lucratif, une proportion plus de deux fois plus importante que dans le secteur public. La part respective des différents secteurs varie selon l'âge des patients, le secteur public accueillant surtout les jeunes enfants et les personnes les plus âgées (voir la fiche « Médecine, chirurgie, obstétrique : patientèle »).

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 centres de lutte contre le cancer. L'activité des établissements privés à but non lucratif se concentre, entre autres, sur la prise en charge des douleurs chroniques et les soins palliatifs, les pathologies hématologiques – notamment les greffes de moelle dont ils assurent 18 % des prises en charge – et les chimiothérapies et radiothérapies réalisées en hospitalisation complète (respectivement 30 % et

Graphique Répartition de l'activité médicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2014



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

Lecture > 40,5 % de l'activité médicale digestive est prise en charge par le secteur public, contre 51,2 % par le secteur privé à but lucratif et 8,3 % par le secteur privé à but non lucratif.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES.

37 % des prises en charge). La part de l'ambulatoire dans l'activité médicale des établissements privés à but non lucratif est de 40 %.

Une évolution stable des parts de prise en charge

Entre 2013 et 2014, les poids des différents secteurs sont stables, toutes prises en charge médicales confondues. On note cependant des évolutions au niveau des volumes d'activité. Ainsi, alors que globalement le nombre de séjours de médecine augmente de 1,4 % entre 2013 et 2014, cette hausse atteint 11 % pour la prise en charge des douleurs chroniques et les soins palliatifs. La prise en charge des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels augmente également de 5,5 %. ■

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2014 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) hors séances. Les techniques peu invasives (environ 3 millions de séjours) sont ici intégrées aux séjours de médecine. Les séjours des nouveau-nés ne nécessitant pas de soins et restés auprès de leur mère ne sont pas comptabilisés.

Définitions

• **Identification des séjours de médecine** : voir la fiche « Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités ».

• **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 (par exemple ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

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

Pour en savoir plus

• Evain F., 2013, « Hospitalisation de court séjour – Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Panorama des établissements de santé – édition 2013*, DREES.

• Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats* n° 785, novembre, DREES.

• Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats* n° 664, octobre, DREES.

Sources

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.

Tableau Répartition des prises en charge médicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2014

	Nombre de séjours (en milliers)	Part des établissements publics (en %)	Part des établissements privés à but non lucratif (en %)	Part des établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble de l'activité médicale	**10 467**	**65,6**	**8,0**	**26,4**
Digestif, dont :	**2 484**	**40,5**	**8,3**	**51,2**
Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie	1 015	17,6	9,5	72,9
Symptômes digestifs	233	73,9	6,9	19,2
Cardiologie, dont :	**900**	**72,8**	**8,1**	**19,2**
Cardiopathies, valvulopathies	221	80,8	6,4	12,7
Troubles du rythme/conduction	110	72,3	6,6	21,1
Pneumologie, dont :	**832**	**81,4**	**7,4**	**11,2**
Infections respiratoires	289	83,8	7,3	8,9
Bronchites, bronchiolites et asthme	186	88,2	5,4	6,4
Système nerveux, dont :	**794**	**88,8**	**6,0**	**5,2**
Accidents vasculaires cérébraux	174	91,3	4,8	4,0
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	**639**	**63,3**	**7,3**	**29,5**
Infections des reins et des voies urinaires, lithiases	183	75,2	6,7	18,1
Endoscopies génito-urinaires avec ou sans anesthésie	124	43,7	8,7	47,6
ORL, stomatologie	**545**	**41,5**	**5,3**	**53,2**
Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	**474**	**52,0**	**7,8**	**40,2**
Endocrinologie, dont :	**368**	**84,9**	**7,7**	**7,4**
Diabète	100	86,2	6,4	7,5
Troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	122	79,0	7,6	13,4
Toxicologie, intoxications, alcool	**360**	**90,8**	**4,1**	**5,1**
Rhumatologie, dont :	**347**	**79,9**	**7,2**	**12,9**
Maladies osseuses et arthropathies	184	75,6	7,1	17,3
Hématologie	311	79,5	8,4	12,1
Psychiatrie, dont :	**286**	**89,1**	**8,2**	**2,7**
Névroses, psychoses et autres troubles mentaux	158	92,1	5,0	2,9
Tissu cutané et tissu sous-cutané	**236**	**86,2**	**5,3**	**8,5**
Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	**232**	**65,5**	**26,4**	**8,1**
Nouveau-nés	**204**	**75,3**	**7,6**	**17,1**
Orthopédie traumatologie	**177**	**76,8**	**4,8**	**18,3**
Douleurs chroniques, soins palliatifs	**161**	**59,7**	**18,7**	**21,5**
Maladies infectieuses (dont VIH)	**134**	**88,1**	**5,9**	**6,0**

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique) se fait à partir des CAS (catégories d'activité de soins, basées sur le 3e caractère du GHM).
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES.

15 La spécialisation en chirurgie

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

Les hôpitaux publics réalisent plus d'un tiers des séjours chirurgicaux, mais pour des actes plus complexes

Bien qu'ils ne totalisent que 37 % de l'activité de chirurgie en 2014, les établissements de santé publics ont la quasi-exclusivité de certains domaines d'activité (graphique), comme les transplantations d'organes (97 %), la chirurgie des traumatismes multiples ou complexes graves (97 %) ou celle des brûlures (90 %), telles les greffes de peau. Les autres interventions qui sont majoritairement pratiquées dans le secteur public relèvent de la neurochirurgie, celles concernant la chirurgie du système nerveux central par exemple (89 %) [tableau]. Par ailleurs, une intervention d'ophtalmologie sur quatre est réalisée dans les établissements publics, mais cette part est beaucoup plus élevée pour les interventions lourdes (46 %), comme celles sur la rétine (66 %). De la même manière, en chirurgie orthopédique, la part du public est de 37 %, mais elle s'élève à 61 % pour les amputations. En raison de la complexité des cas traités, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des établissements publics n'est que de 32 %.

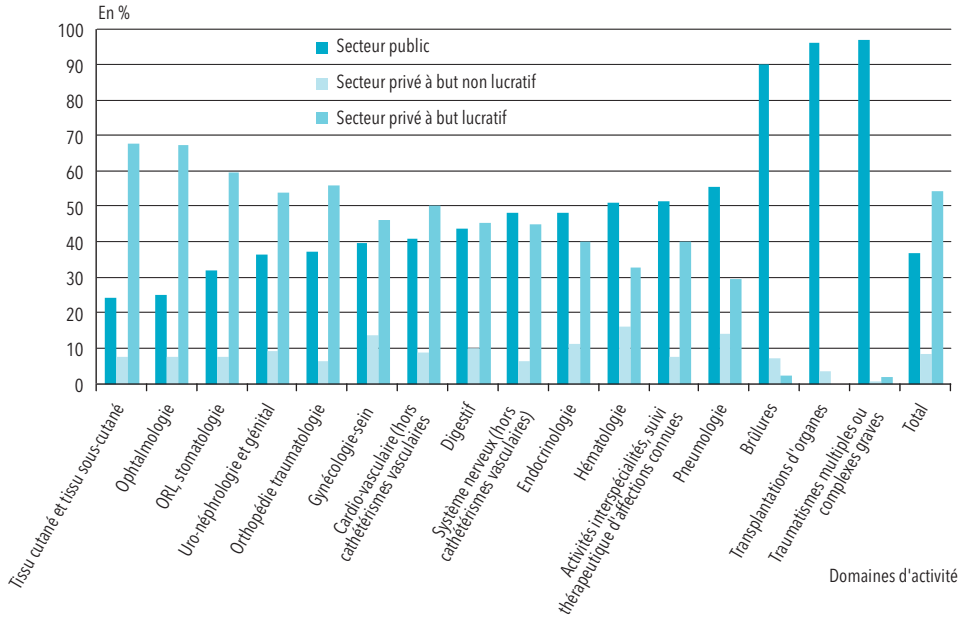
Plus de la moitié des interventions chirurgicales sont pratiquées dans les cliniques privées

La chirurgie est l'activité principale des établissements privés à but lucratif. Ceux-ci prennent en charge 54 % des séjours chirurgicaux en 2014. La part des cliniques privées est prépondérante dans plusieurs domaines d'activité et atteint 67 % pour les interventions ophtalmologiques et 60 % pour la chirurgie ORL et stomatologique. Ces établissements se sont spécialisés dans des interventions chirurgicales peu complexes qui permettent une prise en charge ambulatoire (sans nuité). Ils réalisent 66 % des chirurgies de la main et du poignet, 73 % des arthroscopies et biopsies ostéo-articulaires, 71 % de la chirurgie de la cataracte, 66 % des amygdalectomies, végétations et poses de drains transtympaniques et 67 % des circoncisions hospitalisées. Au final, la part de l'ambulatoire dans l'activité chirurgicale des cliniques privées est de 54 %, soit une part presque deux fois plus importante que dans le secteur public.

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

En 2014, 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. Comme pour la médecine (voir la fiche « 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 45 %.

Graphique Répartition de l'activité chirurgicale selon le statut de l'établissement et le domaine d'activité en 2014



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES.

Une répartition de l'activité stable entre les différents secteurs entre 2013 et 2014 et des volumes d'activité tirés par l'ambulatoire

Entre 2013 et 2014, les poids des différents secteurs sont remarquablement stables, toutes activités chirurgicales confondues. Une évolution importante concerne les appendicectomies, pour lesquelles la part du secteur public augmente de 1,6 point, principalement au détriment du secteur privé lucratif. Si la répartition entre les secteurs est stable, on peut toutefois noter des évolutions au niveau des volumes d'activité. Ainsi, si le nombre global de séjours chirurgicaux augmente de 2 % à peine entre 2013 et 2014, cette hausse atteint, par exemple, un peu plus de 3 % pour la neurochirurgie et la chirurgie de la cataracte. Seuls les domaines du traitement chirurgical des brûlures, de l'endocrinologie (avec une baisse du nombre de chirurgies de la thyroïde) et de la chirurgie ORL et stomatologique (en raison de la diminution des amygdalectomies) voient leur nombre de séjours global baisser. Enfin, dans l'ensemble, cette hausse des volumes d'activité est portée par une croissance forte des pratiques de chirurgie ambulatoire quel que soit le secteur (6 % pour le secteur privé lucratif et 10 % pour le public et le privé à but non lucratif) ; les séjours d'hospitalisation complète, quant à eux, diminuent. ■

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2014 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris 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.

Définitions

• **Identification des séjours de chirurgie** : voir la fiche « Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités »

• **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 (par exemple ophtalmologie, cardiologie, etc.) et par nature de l'activité (compétences et moyens techniques mis en œuvre et communs à plusieurs GHM).

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

Pour en savoir plus

• Evain F., 2013, « Hospitalisation de court séjour – Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Panorama des établissements de santé – édition 2013*, DREES.

• Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, n° 785, DREES, novembre.

• Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, DREES, octobre.

Sources

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.

Tableau Répartition des prises en charge chirurgicales selon le statut de l'établissement et le type d'activité en 2014

	Nombre de séjours (en milliers)	Part des établissements publics (en %)	Part des établissements privés à but non lucratif (en %)	Part des établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble de l'activité chirurgicale	**5 511**	**37,0**	**8,6**	**54,4**
Orthopédie traumatologie, dont :	**1 514**	**37,3**	**6,7**	**56,0**
Chirurgie main, poignet	363	27,5	6,7	65,8
Chirurgie majeure orthopédique (dont hanche, fémur, genou)	341	44,0	7,7	48,4
Arthroscopies, biopsies ostéo-articulaires	253	20,2	6,6	73,1
Chirurgie du membre supérieur	115	59,0	4,6	36,5
Amputations	13	60,8	6,4	32,9
Ophtalmologie, dont :	**933**	**25,0**	**7,6**	**67,4**
Cataractes	764	21,8	7,6	70,6
Chirurgie ophtalmique lourde	74	46,2	7,2	46,6
Digestif, dont :	**734**	**44,1**	**10,3**	**45,6**
Hernies	216	39,4	10,7	49,9
Appendicectomies	73	60,8	6,8	32,4
Gynécologie - sein, dont :	**483**	**40,0**	**13,8**	**46,2**
Chirurgie utérus/annexes	166	46,5	8,2	45,3
Chirurgie pour tumeurs malignes du sein	76	29,0	31,9	39,1
Uro-néphrologie et génital masculin, dont :	**484**	**36,5**	**9,3**	**54,2**
Chirurgie trans-urétrale, autres	196	39,0	9,9	51,1
Circoncisions	96	25,5	7,1	67,4
ORL, stomatologie, dont :	**378**	**32,3**	**7,9**	**59,9**
Amygdalectomies, végétations, et drains transtympaniques	177	26,3	8,2	65,5
Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	**326**	**40,9**	**8,8**	**50,3**
Chirurgie interspécialités	**176**	**51,8**	**7,8**	**40,4**
Tissu cutané et tissu sous-cutané	**179**	**24,4**	**7,7**	**67,9**
Système nerveux, dont :	**157**	**48,4**	**6,3**	**45,2**
Chirurgie rachis/moelle	119	36,4	6,8	56,8
Chirurgie SNC (système nerveux central)	27	89,2	4,9	5,9
Endocrinologie	**65**	**48,5**	**11,3**	**40,1**
Pneumologie	**36**	**55,9**	**14,4**	**29,7**
Hématologie	**31**	**51,1**	**16,1**	**32,8**
Traumatismes multiples ou complexes graves	**6**	**97,3**	**0,8**	**1,9**
Transplantations d'organes	**5**	**96,5**	**3,6**	**0,0**
Brûlures	**3**	**90,2**	**7,5**	**2,3**

Note > Le regroupement des séjours par discipline d'équipement (médecine, chirurgie, obstétrique) se fait à partir des CAS (catégories d'activités de soins, basées sur le 3e caractère du GHM).
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES.

16 La spécialisation en obstétrique

En 2014, en France métropolitaine et dans les DROM, 1,3 million de séjours ont eu lieu en obstétrique. Les accouchements représentent 63 % de ces séjours ; plus des deux tiers d'entre eux se déroulent dans les hôpitaux publics, qui prennent également en charge une part élevée des affections *ante* et *post-partum*.

Forte prédominance des établissements publics en obstétrique

Les hôpitaux publics réalisent plus des deux tiers de l'activité d'obstétrique et des accouchements (tableau). Ils se concentrent davantage sur les accouchements par voie basse avec complications dont ils assurent 78 % des prises en charge. Les établissements publics accueillent également les trois quarts des affections *ante-partum*, parmi lesquelles on trouve principalement des complications de la grossesse. Ces affections représentent 16 % de l'activité obstétricale de l'ensemble des établissements. Les affections *post-partum*, quant à elles, sont prises en charge à hauteur de 82 % par les établissements publics, mais représentent seulement 1 % de l'activité obstétricale, tous établissements confondus. Les interruptions médicales de grossesse (IMG) sont à distinguer des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Les IMG sont des accouchements provoqués et prématurés qui interviennent lorsque le fœtus est atteint d'une maladie incurable ou que la grossesse met en jeu la vie de la mère. Dans 65 % des cas, elles sont réalisées dans le secteur public et 65 % d'entre elles se font en ambulatoire (moins de un jour). Les IVG sont des avortements provoqués et décidés pour raisons non médicales. La quasi-totalité d'entre elles sont réalisées en ambulatoire (97 %), et la part du secteur public y est prépondérante puisqu'il prend en charge 83 % des IVG.

Moins du quart de l'activité d'obstétrique est réalisée dans les cliniques privées

Au fil des années, la part des accouchements pratiqués dans le secteur privé à but lucratif a progessivement baissé, pour s'établir à 22 % en 2014 (27 % en 2009). Ce secteur réalise 24 % des accouchements par voie basse sans complications, 16 % des accouchements par voie basse avec complications et 26 % des accouchements par césarienne. Les cliniques privées prennent aussi en charge 29 % des interruptions médicales de grossesse, mais seulement 14 % des interruptions volontaires de grossesse. Les établissements privés à but non lucratif ont, eux, une part très faible dans le domaine obstétrical et ne réalisent que 7 % de l'ensemble des activités d'obstétrique.

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

Entre 2013 et 2014, le poids des établissements publics dans l'ensemble des activités obstétricales a augmenté de 0,6 point, essentiellement au détriment des cliniques privées (-0,5 point). Cette évolution vaut tant pour les accouchements par voie basse que pour les césariennes. Elle est également très marquée pour les IVG, pour lesquelles on constate une hausse de 0,8 point pour le secteur public et une baisse de 0,4 point pour les deux secteurs privés (à but lucratif et à but non lucratif). ■

Tableau Répartition des prises en charge obstétricales selon le statut de l'établissement et le groupe d'activité en 2014

	Nombre de séjours (en milliers)	Établissements publics (en %)	Établissements privés à but non lucratif (en %)	Établissements privés à but lucratif (en %)
Ensemble des activités obstétricales	**1 294**	**71,4**	**7,0**	**21,6**
Accouchements*, dont :	**809**	**68,1**	**8,2**	**23,7**
Accouchements par voie basse sans complications	587	67,7	8,5	23,8
Accouchements par voie basse avec complications	59	77,8	6,3	15,9
Accouchements par césarienne	163	66,0	7,8	26,1
Affections ante-partum	**213**	**75,9**	**5,4**	**18,7**
Affections post-partum	**13**	**81,8**	**5,0**	**13,3**
Interruptions médicales de grossesse**	**72**	**64,7**	**6,4**	**28,9**
Interruptions volontaires de grossesse	**186**	**82,5**	**3,8**	**13,6**

* Y compris accouchements hors établissements et transférés en service obstétrique (environ 3 300 en 2014).
** Avant 22 semaines d'aménorrhée.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES.

Champ

Activités d'hospitalisation de court séjour, complète ou partielle, des établissements de santé ayant fonctionné en 2014 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris 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.

Définitions

- **Identification des séjours d'obstétrique** : voir la fiche « Médecine, chirurgie, obstétrique : activité et capacités »
- **Les différents statuts juridiques** des établissements et leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».

Pour en savoir plus

- Vilain A., 2013, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 », *Études et Résultats*, n° 843, DREES, juin.
- Evain F., 2013, « Hospitalisation de court séjour – Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Panorama des établissements de santé – édition 2013*, DREES.
- Evain F., 2011, « Évolution des parts de marché dans le court séjour entre 2005 et 2009 », *Études et Résultats*, n° 785, DREES, novembre.
- Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007*, DREES, août.
- Lombardo P., 2008, « La spécialisation des établissements de santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 664, DREES, octobre.
- 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, DREES, mars.
- Baubeau D., Morais S., Ruffié A., 1999, « Les maternités de 1975 à 1996 – Un processus de restructuration sur longue période », *Études et Résultats*, n° 21, DREES, juillet.

Sources

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.

Les plateaux techniques

17 L'activité d'anesthésie et les équipements chirurgicaux

L'organisation autour de l'anesthésie dans les établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM est liée aux types d'activités développées : interventions chirurgicales plus ou moins complexes, endoscopies, radiologie interventionnelle, etc. Elles sont utilisées de manière différente selon le statut public ou privé de l'établissement.

En 2014, 1 700 salles de surveillance post-interventionnelles réunissent des activités diverses

L'activité anesthésique est associée à l'activité chirurgicale, mais il ne s'agit pas de son unique champ d'activité : des actes d'obstétrique (hors salles de travail), des explorations (endoscopies), des activités interventionnelles sous imagerie ou de la radiologie interventionnelle sont aussi pratiquées sous anesthésie. En 2014, on recense 700 salles dédiées aux actes d'obstétrique (hors salle de travail), 970 salles d'activités interventionnelles sous imagerie, 1 600 salles dédiées aux endoscopies et 700 salles dédiées à d'autres interventions ou explorations, avec ou sans anesthésie. Au sein des établissements, les salles permettant ces activités de soins sont réparties en différents lieux en fonction de l'environnement nécessaire aux actes réalisés. Le nombre de salles de surveillance post-interventionnelles s'élève à 1 700 pour 14 000 postes de réveil (tableau 1), soit plus de huit postes par salle en moyenne. Cinq salles de surveillance sur dix se situent dans des établissements publics, quatre dans des cliniques privées et la dernière dans des établissements privés à but non lucratif.

Des salles d'intervention chirurgicale utilisées différemment suivant les secteurs

En 2014, 7 400 salles d'intervention chirurgicale sont situées dans 1 000 établissements de santé (tableau 2). Moins de la moitié d'entre elles sont implantées dans les cliniques privées alors que ces dernières enregistrent 54 % des séjours chirurgicaux. Ces dernières pratiquent ainsi plus d'interventions par salle que les établissements publics. Ce constat peut s'expliquer, entre autres, par la part d'activité de la chirurgie ambulatoire, qui suppose une hospitalisation de moins d'un jour et recouvre des actes quasi exclusivement programmés. Tandis que les cliniques privées réalisent 65 % de la chirurgie ambulatoire (notamment la chirurgie de la cataracte, l'arthroscopie, la chirurgie des varices, etc.), les établissements publics prennent en charge des actes plus complexes (voir la fiche « La spécialisation en chirurgie ») avec des temps de réalisation plus longs. Ces derniers disposent également plus souvent de structures d'urgences et de salles chirurgicales dédiées à l'urgence (ouvertes 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7). ■

Tableau 1 L'activité d'anesthésie en 2014

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Autres centres hospitaliers			
Nombre de salles de surveillance post-interventionnelles, y compris celles dédiées à la chirurgie ambulatoire	327	477	155	737	1 696
Nombre de postes de réveil, y compris ceux dédiés à la chirurgie ambulatoire	2 606	3 543	1 285	6 713	14 146

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Tableau 2 Les plateaux techniques de chirurgie en 2014

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Autres centres hospitaliers			
Nombre d'établissements disposant d'au moins une salle d'intervention chirurgicale*	101	353	98	469	1 021
Nombre de salles d'intervention chirurgicale, dont * :	1 495	1 843	640	3 438	7 416
salles destinées à la chirurgie classique**	1 425	1 658	609	3 101	6 793
Nombre de séjours chirurgicaux en hospitalisation complète ou partielle (source PMSI-MCO)	873 934	1 164 774	473 211	2 998 772	5 510 691

* Hors obstétrique.
** Peu de salles sont dédiées uniquement à la chirurgie ambulatoire, qui est réalisée la plupart du temps dans des salles mixtes (chirurgie classique et chirurgie ambulatoire).
Note > La refonte de la SAE a modifié le mode de collecte de l'information. Cette modification entraîne une rupture de série entre les résultats de l'année 2012 et ceux des années ultérieures.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES pour le nombre de séjours ; DREES SAE 2014, traitements DREES.

Champ
Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions
• **Les différents statuts juridiques** des établissements et les grandes disciplines d'équipement sont présentés dans le chapitre 1 « Les établissements de santé : cadre juridique et institutionnel ».
• **Séjours chirurgicaux** : le classement des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. L'affectation se fait en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre la date d'entrée et la date de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché.
• **Surveillance post-interventionnelle et postes de réveil** : le décret n° 94- 1050 du 5 décembre 1994 relatif à la pratique de l'anesthésie a rendu obligatoire la surveillance continue après l'intervention ; elle se pratique dans les salles de surveillance post-interventionnelles situées près des sites où sont réalisées les anesthésies. Une salle de surveillance post-interventionnelle comprend au minimum quatre postes de réveil.
• **Endoscopie** : elle consiste à introduire une caméra (ou endoscope) dans un conduit ou une cavité de l'organisme.
• **Radiologie interventionnelle** : elle permet au médecin de réaliser des actes diagnostiques ou thérapeutiques (ponction-biopsie, évacuation d'un hématome) tout en étant guidé par l'imagerie.

Pour en savoir plus
• D'Autume C., Dupays S., avec Perlbarg J. (l'Inspection générale des affaires sociales, IGAS), Bert T., Hausswalt P. et Weill M. (Inspection générale des finances, IGF), 2014, « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France (MAP) » rapport de l'Inspection générale des affaires sociales IGAS.

Sources
La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). La refonte de la SAE a modifié le mode de collecte de l'information sur les sites opératoires et les salles d'intervention. Cette modification entraîne une rupture de série entre les résultats de l'année 2012 concernant le nombre de salles d'intervention chirurgicale et ceux des années ultérieures. Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la 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.

18 L'équipement en imagerie des établissements de santé publics et privés à but non lucratif

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.

Une concentration importante des équipements

En 2014, 2 400 salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non sont disponibles dans 842 établissements de santé publics et privés à but non lucratif en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA)[1] [tableau 1]. Il existe également 318 salles de radiologie vasculaire destinées aux angiographies et aux coronarographies. 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. 525 établissements publics ou privés à but non lucratif déclarent au moins un scanner, pour un nombre total de 686 appareils (dont 650 exploités par l'établissement lui-même[2]), situés pour 90 % dans le secteur public (dont 27 % en CHR) et pour 4 % dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC). 366 établissements possèdent au moins une IRM, soit 477 appareils (dont 445 exploités par l'établissement), situés pour 89 % dans le public (dont un tiers en CHR et la moitié en centre hospitalier) et pour 4 % en CLCC. On estime à 3 millions le nombre d'actes de scanners réalisés en établissements du secteur public et privé à but non lucratif pour les patients hospitalisés dans ces établissements et à 3,7 millions le nombre d'actes pour des patients externes, hors activité réalisée dans le cadre de l'activité libérale dans les établissements publics. Pour les IRM, l'activité est estimée à 0,5 million d'actes pour les patients hospitalisés dans ces établissements et à 1,7 million pour des patients externes. Enfin, 126 établissements disposent d'une unité de médecine nucléaire, pour un total déclaré de 285 gamma-caméras (dont 268 exploitées par l'établissement) situées pour moitié en CHR. Toutefois, ce nombre est sans doute sous-estimé en raison de non-réponses dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE, voir Sources). Par ailleurs, d'autres établissements peuvent accéder à ce matériel dans le cadre de conventions de co-utilisation, le partage des équipements lourds étant encouragé.

Un équipement moins bien connu dans les cliniques privées à but lucratif

Les cliniques privées à but lucratif disposent également, bien sûr, d'équipements d'imagerie, mais leur comptabilisation dans la SAE n'est pas exhaustive. En effet, la gestion de propriété est différente selon les statuts juridiques des établissements, plusieurs personnes morales pouvant coexister au sein des cliniques privées, l'une correspondant aux activités de soins et l'autre aux activités médico-techniques. Par ailleurs, les cabinets de radiologie sont hors champ sauf s'ils sont implantés dans les cliniques privées à but lucratif. On dénombre ainsi

1. Dans ces salles de radiologie ne sont pas comptabilisés les 382 appareils de mammographie, alors que c'était le cas en 2012.
2. Les autres appareils sont installés sur le site d'un établissement de santé mais détenus et exploités par des cabinets libéraux.

Tableau 1 Équipement en imagerie des établissements publics et privés à but non lucratif en 2014

Types d'équipements	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils présents sur le site (ou de salles pour la radiologie conventionnelle)	Nombre d'appareils présents sur le site et exploités par l'établissement
Scanners	525	686	650
IRM	366	477	445
Caméras à scintillation	126	285	268
Tomographes à émission/caméras à positons	76	88	85
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non*	842	2 443	2 366
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	181	318	311

* Non compris appareils de mammographie.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, établissements publics et privés à but non lucratif.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Tableau 2 Équipement en imagerie des établissements privés à but lucratif en 2014

Types d'équipements	Nombre d'établissements ayant au moins un appareil ou une salle	Nombre d'appareils présents sur le site (ou de salles pour la radiologie conventionnelle)
Scanners	175	202
IRM	125	148
Caméras à scintillation	32	63
Tomographes à émission/caméras à positons	15	14
Salles de radiologie conventionnelle numérisée ou non*	224	550
Salles de radiologie vasculaire, y compris coronographie	76	126

* Non compris appareils de mammographie.
Note > Hors équipement des personnes morales au sein des cliniques privées gérant des activités médico-techniques et hors équipement des cabinets de radiologie. Le nombre d'appareils exploités par l'établissement n'est pas indiqué en raison d'un taux de réponse faible pour cette question.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), établissements privés à but lucratif.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

au moins 202 scanners et 148 IRM dans les cliniques privées, ces chiffres constituant vraisemblablement un minorant (tableau 2).

La localisation des scanners et des IRM situés en établissements de santé révèle des disparités d'équipement entre départements

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

Le nombre de scanners rapporté à la population s'établit ainsi à 2,7 scanners pour 200 000 habitants pour la France entière. Ce rapport varie de 0,9 dans les départements de la Haute-Loire et de Mayotte à 5,3 dans les Hautes-Pyrénées (carte 1). Pour les IRM, le rapport s'établit à 1,9 appareil pour 200 000 habitants pour la France entière et varie de 0,6 dans les départements du Cher et de la Mayenne à 3,3 en Haute-Marne, en Corrèze et à Paris (carte 2). ■

Champ

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

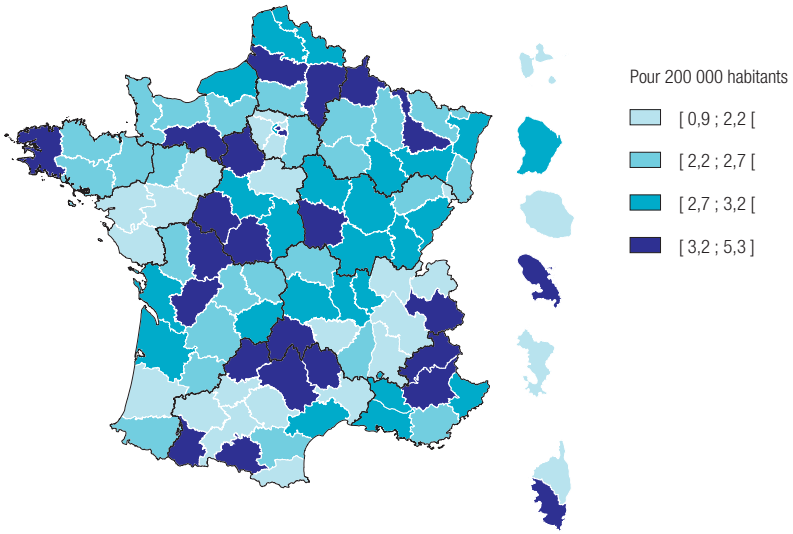
Définitions

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

Sources

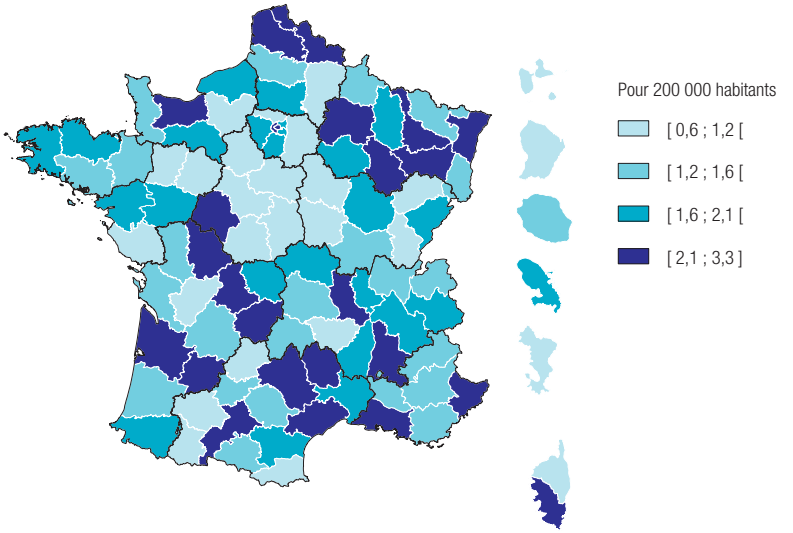
La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnels).

Carte 1 Nombre de scanners par département en 2014



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

Carte 2 Nombre d'IRM par département en 2014



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

Les « autres » disciplines hospitalières

19 L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé

La psychiatrie présente des caractéristiques spécifiques par rapport aux autres disciplines médicales : faible place des actes techniques, nombreuses structures extrahospitalières, prises en charge récurrentes et diversifiées, etc. L'offre de soins en établissements de santé se structure autour de trois types de prise en charge : le temps complet essentiellement fondé sur les 57 000 lits d'hospitalisation à temps plein, le temps partiel fondé sur les 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit, et l'ambulatoire correspondant à la forme de prise en charge la plus courante, réalisée majoritairement en centre médico-psychologique.

Une offre majoritairement publique et spécialisée

En 2014, sur 635 établissements de santé répondant à la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour la prise en charge hospitalière en psychiatrie, plus de la moitié sont des établissements publics (tableau). Ils représentent 71 % des capacités d'accueil (en lits et en places) d'hospitalisation et 88 % de l'offre ambulatoire (en nombre de structures). L'autre moitié se répartit à parts égales entre les cliniques privées, essentiellement portées sur une activité d'hospitalisation à temps plein, et les établissements privés à but non lucratif dont la plupart assurent des missions de service public hospitalier. L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif. Près des deux tiers des établissements dispensant des soins psychiatriques sont monodisciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline ; c'est le cas de la quasi-totalité des établissements privés à but lucratif ayant une activité de psychiatrie. En revanche, les établissements pluridisciplinaires sont en grande majorité des établissements publics.

Une prise en charge réalisée en grande partie en soins ambulatoires

Les patients en psychiatrie sont vus le plus souvent dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire : 76 % des patients reçus au moins une fois dans l'année sont pris en charge exclusivement sous cette forme. En 2014, plus de 20 millions d'actes ont ainsi été réalisés, notamment dans les 3 700 centres médico-psychologiques (CMP), considérés comme les pivots du dispositif ambulatoire. Les équipes de psychiatrie interviennent également dans d'autres lieux que les CMP. Ainsi, 14 % des actes sont réalisés dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), 7 % à domicile ou en institution substitutive au domicile, 5 % en unité d'hospitalisation somatique et 3 % en établissement social ou médico-social ou encore en milieu scolaire ou en centre de protection maternelle et infantile (PMI).

Un poids plus important du temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile

Le nombre de places en hôpital de jour et en hôpital de nuit est de 29 000 en 2014 auquel il convient d'ajouter l'activité des 417 ateliers thérapeutiques. Au total, l'activité d'hospitalisation à temps partiel comptabilise 5,3 millions de journées. La psychiatrie infanto-juvénile est caractérisée par une part beaucoup plus forte des prises en charge à temps partiel. Les places en hôpital de jour et en hôpital de nuit représentent 72 % des capacités d'accueil (en lits et en places) en psychiatrie infanto-juvénile, contre 24 % en psychiatrie générale. Ainsi, alors que l'activité à temps partiel ne représente que 16 % des journées de prise en charge en psychiatrie générale, une majorité des journées d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile sont réalisées à temps partiel.

Tableau Capacités et activité en psychiatrie en 2014

	Psychiatrie générale (GEN)				Psychiatrie infanto-juvénile (INF)				Ensemble de la psychiatrie (GEN + INF)
	Établissements publics	Établissements privés		Total	Établissements publics	Établissements privés		Total	
		à but non lucratif	à but lucratif			à but non lucratif	à but lucratif		
Prises en charge à temps complet									
Hospitalisation à temps plein									
Nombre de lits	35 132	7 024	13 056	55 212	1 635	397	225	2 257	57 469
Nombre de journées	11 287 229	2 205 635	4 583 191	18 076 055	346 661	83 858	70 035	500 554	18 576 609
Placement familial thérapeutique									
Nombre de places	2 559	461	-	3 020	737	71	-	808	3 828
Nombre de journées	659 915	45 442	-	705 357	124 464	9 224	-	133	705 490
Accueil en centre de postcure									
Nombre de lits	621	671	172	1 464	-	-	-	-	1 464
Nombre de journées	161 605	176 923	61 181	399 709	-	-	-	-	399 709
Accueil en appartement thérapeutique									
Nombre de places	849	189	-	1 038	-	-	-	-	1 038
Nombre de journées	215 597	44 325	-	259 922	-	-	-	-	259 922
Hospitalisation à domicile									
Nombre de places	591	57	-	648	688	-	-	688	1 336
Nombre de journées	145 040	14 588	-	159 628	15 779	-	-	17 703	177 331
Accueil en centre de crise									
Nombre de places	376	12	12	400	32	23	-	55	455
Nombre de journées	102 129	3 416	5 488	111 033	10 116	5 746	-	15 862	126 895
Prises en charge à temps partiel									
Hôpital de jour									
Nombre de places	13 625	3 270	1 206	18 101	7 700	1 728	74	9 502	27 603
Nombre de journées	2 534 912	596 339	354 141	3 485 392	1 027 059	303 689	16 934	1 347 682	4 833 074
Hôpital de nuit									
Nombre de places	849	225	137	1 211	76	44	-	120	1 331
Nombre de journées	86 032	45 789	23 435	155 256	4 702	4 076	-	8 778	164 034
Atelier thérapeutique									
Nombre de structures	275	15	1	291	124	1	1	126	417
Nombre de journées	209 529	31 029	1 273	241 831	57 721	555	1 479	59 755	301 586
Prises en charge ambulatoire									
Centre médico-psychologique (CMP)									
Nombre de structures	1 857	222	108	2 187	1 285	182	-	1 467	3 654
Nombre d'actes	8 907 483	1 104 833	6 655	10 018 971	4 057 583	599 830	-	4 657 413	14 676 384
Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP)									
Nombre de structures	1 122	115	-	1 237	645	47	-	692	1 929
Nombre d'actes	2 019 448	320 388	-	2 339 836	606 590	55 794	-	662 384	3 002 220
Autres formes de prise en charge ambulatoire*									
Nombre d'actes	2 319 271	501 597	-	2 820 868	304 371	20 576	-	324 947	3 145 815

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

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

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

Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ne cessent de diminuer. Cette baisse a toutefois ralenti ces dernières années et le nombre de lits installés s'établit à environ 57 000 en 2014 pour près de 19 millions de journées. Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes d'activité à temps complet existent, essentiellement en psychiatrie générale. Ainsi, en 2014, les établissements de santé déclarent disposer de 8 120 lits ou places en placement familial thérapeutique, centre de postcure, appartement thérapeutique, hospitalisation à domicile, centre de crise et structure d'accueil d'urgence. Sous ces modalités d'accueil, 1,7 million de journées de prises en charge ont été réalisées, soit 8 % de l'activité à temps complet.

Des taux d'équipements variables selon les départements

La densité nationale moyenne d'équipement en lits et en places d'hospitalisation à temps complet ou partiel est de 150 pour 100 000 habitants en 2014 (carte 1). Elle apparaît plus élevée dans les départements ruraux du centre de la France (Creuse, Cher, Allier). L'offre de soins ambulatoires présente également de fortes disparités départementales (carte 2) : elle varie de 1 structure pour 100 000 habitants en Eure-et-Loir à 27 structures pour 100 000 habitants en Lozère. ■

Champ

Établissements de santé publics et privés ayant une activité de psychiatrie ayant fonctionné en 2014 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

• **Établissement de santé ayant une activité de psychiatrie** : dans la SAE, on n'interroge pas toutes les entités séparément, l'interrogation est parfois regroupée. Dans le public, une entité géographique est choisie au sein de chaque entité juridique pour répondre pour tous les autres établissements géographiques du même département. Dans le privé, si l'entité juridique regroupe des établissements sur plusieurs départements, une entité géographique est choisie pour répondre pour tous les autres établissements géographiques du même département. En revanche, l'entité juridique est directement interrogée dans le cas où tous ses établissements sont implantés dans le même département, et elle répond pour tous ses établissements géographiques.

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

• **Psychiatrie générale** : prise en charge des adultes de plus de 16 ans.

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

Pour en savoir plus

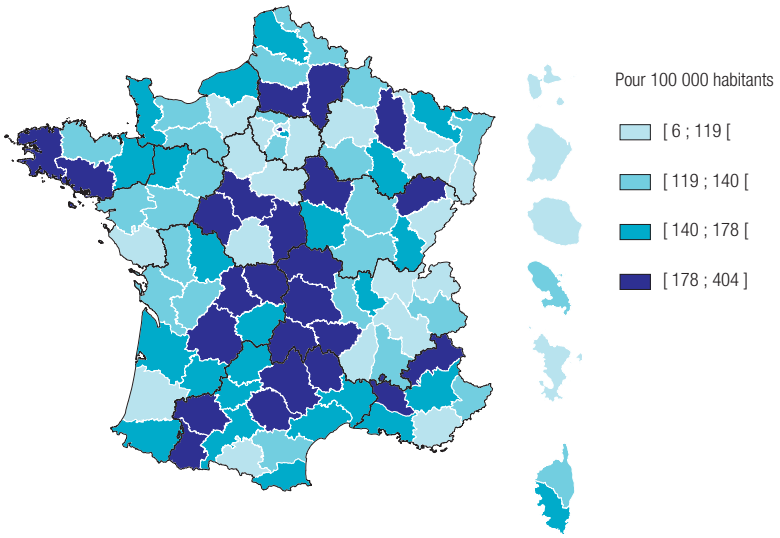
• Bénamouzig D. et Ulrich V. (coord.), 2016, « L'organisation des soins en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril-juin.

• Coldefy M., Le Neindre C., 2014, « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique », rapport IRDES n° 558, IRDES, décembre.

Sources

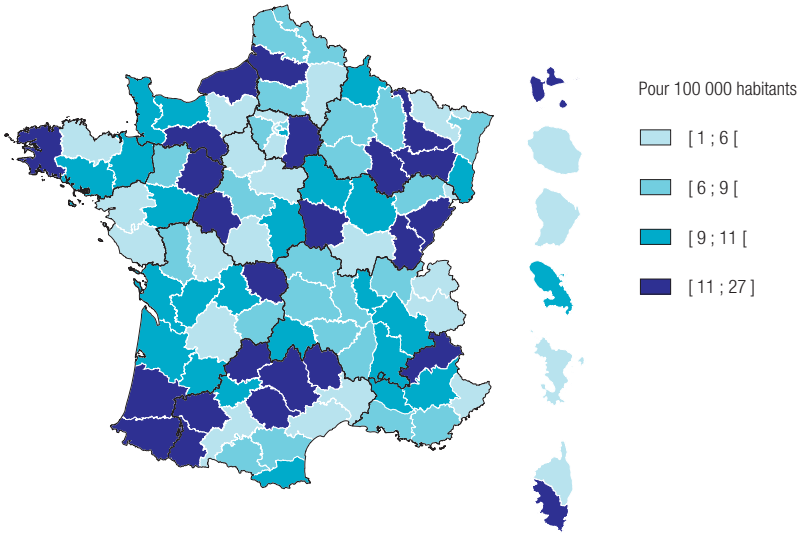
La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation à temps plein, venues en hospitalisation partielle, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel).

Carte 1 Densité de lits et de places d'hospitalisation en psychiatrie en 2014



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitique et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

Carte 2 Densité de structures de prise en charge ambulatoire en psychiatrie en 2014



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitique et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

20 Les patients suivis en psychiatrie

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur de santé publique. En 2014, près de 2 millions de patients ont été suivis en ambulatoire et 415 000 en hospitalisation dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie. L'analyse montre l'existence de populations aux besoins distincts et confirme l'existence de disparités géographiques.

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

En 2014, sur l'ensemble des patients, adultes et enfants, soignés au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie, la majorité bénéficie d'une prise en charge ambulatoire. Le taux de recours en soins ambulatoires est en effet 4,3 fois plus important qu'en hospitalisation, avec respectivement 2 965, contre 680 patients pour 100 000 habitants. La prise en charge hospitalière est plus forte dans les départements du sud de la France (particulièrement en région Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées), tandis que les taux les plus élevés en ambulatoire concernent la région Alsace – Champagne-Ardenne – Lorraine (cartes 1 et 2).

Des hospitalisations réalisées essentiellement à temps complet

La prise en charge en hospitalisation accueille autant d'hommes que de femmes (tableau). L'âge moyen des patients est de 41,9 ans et varie selon le type de prise en charge : 44,3 ans à temps complet, contre 37,1 ans à temps partiel. Parmi les 415 000 patients hospitalisés en 2014, 346 000 l'ont été à temps complet pour un total de 19,2 millions de journées, réalisées pour plus de 90 % en hospitalisation à temps plein. Pour cette forme d'activité, la durée moyenne d'hospitalisation est de 53,8 jours. Les patients admis en hospitalisation proviennent en majorité de leur domicile ; toutefois, près d'une hospitalisation sur quatre s'effectue à la suite d'un passage aux urgences ou en unités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ou de psychiatrie. Neuf séjours hospitaliers sur dix se clôturent par un retour au domicile, 5 % par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique, 3 % par un transfert vers une unité de MCO ou de SSR et 2 % par un accueil dans une structure médico-sociale.

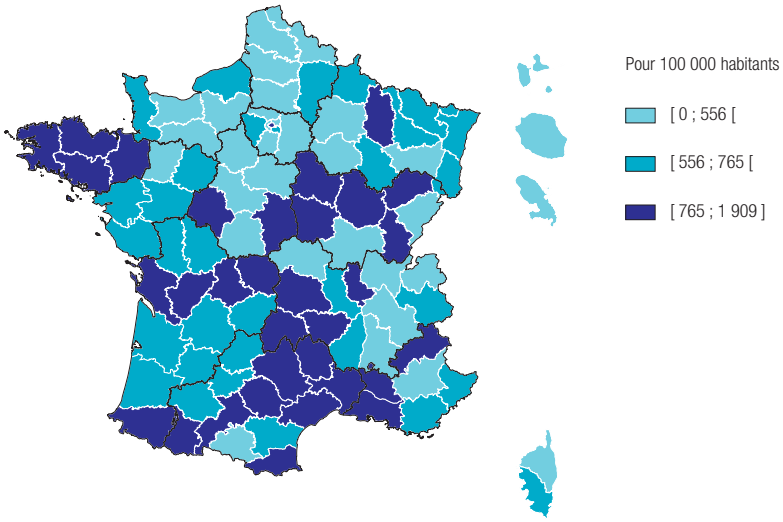
Des soins ambulatoires réalisés essentiellement en centre médico-psychologique (CMP)

Les patients suivis en ambulatoire sont relativement jeunes : un patient sur quatre est âgé de 16 ans ou moins et un sur deux a moins de 40 ans. En 2014, les trois quarts des actes réalisés sont des entretiens et près des deux tiers sont effectués en centre médico-psychologique (CMP). Ils peuvent également avoir lieu en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) [12 %], au domicile du patient (7 %), en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence) [5 %], en établissement pénitentiaire (4 %), ou encore dans d'autres lieux (12 %). Un patient bénéficie en moyenne de 10,6 actes, réalisés pour un tiers par des infirmiers, un quart par des médecins et un peu moins d'un cinquième par des psychologues.

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

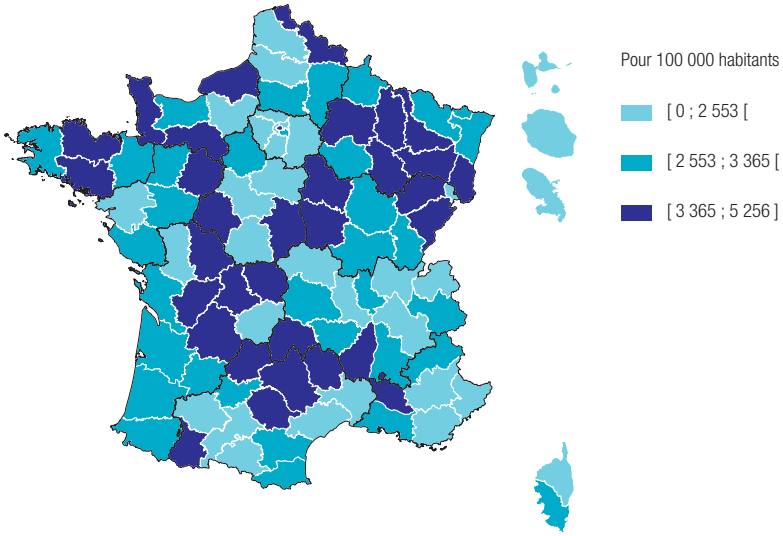
Parmi l'ensemble des diagnostics principaux (CIM-10), les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1), la schizophrénie (F2), les troubles de l'humeur (F3) et les troubles névrotiques (F4) représentent une large part des prises en charge à temps complet ou partiel

Carte 1 Nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie en 2014



Note > Les bornes correspondent à une répartition en tiers.
Champ > France métropolitique et DROM (hors Mayotte et Guyane), y compris SSA.
Sources > ATIH, RIM-P 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

Carte 2 Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires en 2014



Note > Les bornes correspondent à une répartition en tiers.
Champ > France métropolitique et DROM (hors Mayotte et Guyane), y compris SSA.
Sources > ATIH, RIM-P 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

(graphique). Le diagnostic F2 de la schizophrénie correspond au motif de recours à l'hospitalisation le plus fréquent chez les hommes (24 %), tandis que les femmes sont davantage hospitalisées pour un diagnostic F3 des troubles de l'humeur (38 %). En ambulatoire, les motifs de recours sont plus disparates et font davantage intervenir des diagnostics de type Z relatifs aux facteurs influant sur l'état de santé (dont les difficultés liées aux conditions socio-économiques et psycho-sociales). Les mêmes différences par sexe qu'en hospitalisation sont observables auxquelles s'ajoute une surreprésentation des femmes parmi les diagnostics de troubles névrotiques (F4) et des hommes parmi les troubles du développement psychologique (F8) ou troubles du comportement (F9).

Des prises en charge spécifiques chez les enfants et adolescents

La prise en charge des patients âgés de 16 ans ou moins se fait majoritairement en ambulatoire. En 2014, les établissements ont pris en charge 39 500 enfants et adolescents en hospitalisation partielle ou complète et 454 000 en ambulatoire, solution favorisée pour limiter la séparation de l'enfant de son environnement familial. Pour cette nature de prise en charge, les patients ont bénéficié de 5,2 millions d'actes, réalisés en CMP pour plus de 75 % des cas. Deux patients sur trois sont des garçons essentiellement pris en charge par des psychologues, médecins psychiatres ou pédopsychiatres et personnels de rééducation. Les troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence constituent le motif de recours le plus fréquent en ambulatoire (code F9 de la CIM-10). Pour les prises en charge hospitalières, 66 % des journées sont réalisées à temps partiel, contre 16 % en psychiatrie adulte. Ces journées sont principalement effectuées en hospitalisation de jour pour des troubles du développement psychologique (code F9 de la CIM-10). ■

Champ

Patients pris en charge dans les établissements de santé disposant d'une autorisation d'activité en psychiatrie en France métropolitaine, dans les DROM (hors Mayotte et Guyane), et dans le service de santé des armées (SSA), tous âges confondus. On se restreint ici aux patients pour lesquels la clé de chaînage (numéro anonyme attribué à chaque patient, basé sur le numéro d'assuré social, la date de naissance et le sexe, qui permet de faire le lien entre les différentes hospitalisations d'un même patient) ne contient pas d'erreur.

Définitions

• **Nature des prises en charge** : le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) distingue trois natures de prise en charge :
– ambulatoires : consultations en centres médico-psychologiques, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, visites à domicile, en établissement social ou médico-social, en unités d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence), en établissement médico-éducatif/PMI, en milieu scolaire, etc.
– à temps complet : hospitalisation à temps plein, hospitalisation à domicile, séjour thérapeutique, placement familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de crise, centre de postcure.
– à temps partiel : hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit et atelier thérapeutique. En psychiatrie, un séjour d'hospitalisation partielle peut comporter plusieurs journées par semaine et peut durer plusieurs semaines.
• **Durée moyenne d'hospitalisation** : nombre de journées d'hospitalisation rapporté au nombre de patients hospitalisés.
• **Motif de recours principal** : diagnostic ayant mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant une séquence de soins. Il est codé à partir de la classification internationale des maladies (CIM10) et peut évoluer durant un séjour.

Pour en savoir plus

• Coldefy M., Nestrigue C., 2015, « La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011 », *Questions d'économie de la santé*, n° 206, IRDES, février.
• Coldefy M., Nestrigue C., Or Z., 2012, « Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie », *Document de travail, Série Sources et Méthodes*, n° 38, DREES, novembre.

Sources

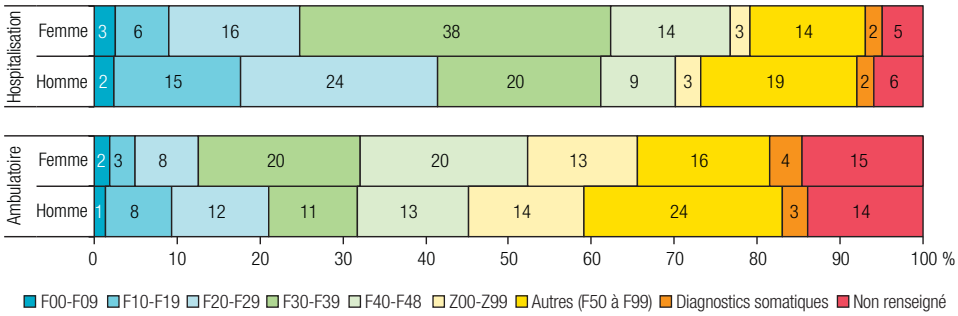
Le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P), mis en place en 2007, permet une description fine de la patientèle bénéficiant de soins au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Tableau Caractéristiques des patients suivis en établissement psychiatrique en 2014

	Psychiatrie pour enfants et adolescents (≤ 16 ans)*	Psychiatrie adulte (>16 ans)*	Patients tous âges confondus
Prise en charge en hospitalisation**			
Nombre de patients	39 468	375 836	415 304
Proportion d'hommes (en %)	67 %	50 %	51 %
Nombre de journées d'hospitalisation	1 780 236	22 353 504	24 133 740
Part de journées d'hospitalisation partielle (en %)	66 %	16 %	20 %
Durée moyenne d'hospitalisation (en journées)	45,1	59,5	58,1
Prise en charge ambulatoire			
Nombre de patients	454 534	1 501 418	1 955 952
Proportion d'hommes (en %)	61 %	46 %	50 %
Nombre d'actes ambulatoires	5 280 603	15 514 567	20 795 170
Part d'actes réalisés en centres médico-psychologiques (en %)	76 %	54 %	60 %
Nombre moyen d'actes	11,6	10,3	10,6

* Dans le RIM-P, les prises en charge sont classées selon l'âge des patients et non en fonction de la spécialisation du service (psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile).
** On se restreint ici aux patients pour lesquels la clé de chaînage (numéro anonyme créé à partir du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe de chaque patient) ne contient pas d'erreur.
Champ > France métropolitaine, DROM (hors Mayotte et Guyane), y compris SSA.
Sources > ATIH, RIM-P 2014, traitements DREES.

Graphique Répartition des diagnostics principaux par nature de prise en charge et par sexe en 2014



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

Note > Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies (CIM), 10e révision.
Champ > France métropolitaine, DROM (hors Mayotte et Guyane), y compris SSA.
Sources > ATIH, RIM-P 2014, traitements DREES.

21 Les structures d'hospitalisation à domicile

En 2014, 319 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) sont comptabilisées en France. Ces structures disposent de 14 419 places[1], soit 4 % de l'offre d'hospitalisation complète du territoire. En termes d'activité, 174 000 séjours pour 4,4 millions de journées ont été réalisés en HAD, soit 4 % des journées d'hospitalisation complète. En France, les 112 structures associatives spécialisées dans cette forme d'hospitalisation sont prédominantes (52 % des places et 55 % des journées). L'activité d'HAD est par ailleurs fortement concentrée sur le territoire, notamment à Paris et dans les Hauts-de-Seine (16 % des places et 19 % des journées).

L'hospitalisation à domicile (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville. Elle permet d'assurer, au lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR). L'HAD constitue ainsi l'une des alternatives à l'hospitalisation complète (voir la fiche « Les autres prises en charge hospitalières »).

Les structures associatives jouent un rôle important dans l'offre de places d'HAD

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD s'est peu à peu structurée et a connu un essor important depuis le début des années 2000 à la suite de la clarification de ses périmètre et champ d'application. La capacité offerte et l'activité ont ainsi triplé. Néanmoins, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2014, 319 structures offrent 14 419 places en France métropolitaine et dans les DROM (tableau), ce qui ne représente que 4 % des lits d'hospitalisation complète disponibles sur le territoire. Les structures d'HAD appartiennent pour 42 % au secteur public, pour 42 % au secteur privé à but non lucratif et pour 16 % au secteur privé à but lucratif. Dans le secteur public, 118 structures sur 133 appartiennent à des centres hospitaliers. Dans le secteur privé à but non lucratif, 112 structures, soit plus de quatre sur cinq, relèvent du domaine associatif, et sont de fait spécialisées dans cette forme d'hospitalisation. Elles offrent d'ailleurs plus de la moitié des places en HAD disponibles en France (7 462 places en 2014).

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

En 2014, sur les 14 419 places en HAD du territoire français, plus de 2 500 sont concentrées en Île-de-France, et dans cette région, 2 319 places se trouvent à Paris et dans les Hauts-de-Seine. Pour ces deux départements, l'offre des places d'HAD représente 16 % de l'offre totale sur le territoire et la densité moyenne de places est de 60 pour 100 000 habitants (carte), soit presque trois fois la densité moyenne nationale (22). Cette prédominance de la région Île-de-France est historique : les deux premières structures créées en France à la fin des années 1950 sont l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et Santé Service Île-de-France. Dans les DROM, la Guadeloupe et la Guyane ont des densités quatre fois supérieures à la densité nationale (respectivement 86 et 94), alors que la Martinique fait partie des régions les moins bien pourvues. En Guyane, l'hospitalisation à domicile comble aujourd'hui les déficits de l'offre de soins et s'est implantée là où il manque des professionnels de santé, proposant ainsi un panel de prises en

1. Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.

Tableau Capacités et activité des structures d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique en 2014

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Nombre de places* installées	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Sur les séjours terminés** en 2014	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours monoséquences*** (en journées)
Secteur public	**133**	**4 048**	**54**	**1 151**	**23**	**15**
Centre hospitalier régional	15	1 302	22	413	19	12
Centre hospitalier (et autres)	118	2 746	31	738	25	17
Secteur privé à but non lucratif	**134**	**8 422**	**105**	**2 745**	**28**	**18**
Centre de lutte contre le cancer	3	222	5	84	19	8
Structure associative de HAD	112	7 462	92	2 424	28	18
Autres	19	738	9	237	28	22
Secteur privé à but lucratif	**52**	**1 949**	**15**	**542**	**41**	**25**
Ensemble	**319**	**14 419**	**174**	**4 438**	**27**	**18**

* Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.
** On comptabilise environ 162 000 séjours terminés en 2014, soit 93 % des séjours d'HAD.
*** On comptabilise environ 122 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2014, soit 70 % de séjours d'HAD.
Note > L'activité est celle des disciplines de médecine, obstétrique et soins de suite et de réadaptation, *i.e.* hors psychiatrie. Le total des places d'HAD installées est celui déclaré dans la SAE, pour réaliser l'activité HAD en MCO et SSR enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2014, ceux terminés ou non en 2014. Contrairement à l'édition précédente, les journées sont celles de l'année 2014 (on exclut les journées antérieures à 2014 pour les séjours ayant commencé avant).
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-HAD 2014 ; DREES, SAE 2014, traitements DREES.

charge que les établissements de santé n'offrent pas. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des lits de MCO observée depuis 1997. À côté de ces départements très fortement dotés en places d'HAD, d'autres, ceux du sud-ouest de la Métropole notamment, ont aussi des densités élevées, comme les Landes où l'HAD existe depuis longtemps. En revanche, les départements du reste de l'Île-de-France et certains départements de la région Auvergne – Rhône-Alpes par exemple sont particulièrement sous-dotés, avec des densités départementales en dessous de 11 places pour 100 000 habitants, soit moins de deux fois la moyenne nationale.

Le secteur privé à but non lucratif domine l'activité d'HAD

174 000 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,4 millions de journées (tableau), soit 4 % des journées d'hospitalisation complète de 2014. En termes d'activité, la prédominance des départements de Paris et des Hauts-de-Seine est encore plus marquée qu'en nombre de places offertes, avec 49 000 séjours (28 % de l'ensemble des séjours) et 823 000 journées (19 % des journées) en 2014. Le secteur privé à but non lucratif a également plus d'importance en termes d'activité que de capacités : il prend en charge 61 % des séjours (contre 31 % dans le public et 9 % dans le privé à but lucratif) et réalise 62 % des journées (contre respectivement 26 % et 12 %). Cette répartition est assez stable dans le temps.

Pour tous les types d'établissements, les soins palliatifs, de cancérologie, la périnatalité, les pansements complexes et les soins spécifiques sont les principaux motifs d'admission des séjours en HAD (graphique). Cependant, la répartition de ces principaux motifs et, donc, la durée moyenne des séjours varie selon le statut juridique. Ainsi, les séjours effectués dans les structures des secteurs privés à but non lucratif et public sont traditionnellement plus courts que ceux réalisés dans le secteur privé à but lucratif. La périnatalité et les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours (voir la fiche « Les patients hospitalisés à domicile »), sont plus répandus dans les deux premiers. ■

Champ

Établissements de santé (ES) en France métropolitaine et dans les DROM, y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD en 2014. L'activité concerne les champs de MCO et de SSR, *i.e.* hors psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le total des places est déclaré dans la SAE pour réaliser l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2014, ceux terminés ou non en 2014. Les journées sont celles de l'année 2014 (on exclut les journées antérieures à 2014 pour les séjours ayant déjà commencé).

Définitions

• **La structure d'HAD** : il peut s'agir d'un établissement spécialisé sur ce seul type d'hospitalisation ou d'un service d'une entité juridique ou d'un établissement pluridisciplinaire. Pour mieux organiser l'accès en HAD et couvrir les zones à desservir, certains départements fonctionnent avec des antennes HAD ou en groupement de coopération sanitaire.

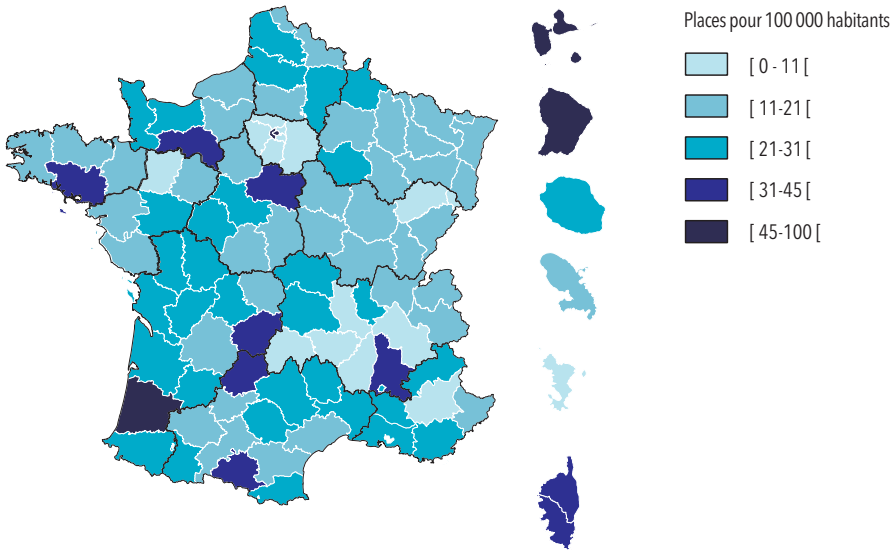
• **La durée moyenne de séjour** : elle est calculée pour les séjours terminés et monoséquences, c'est-à-dire pour lesquels le mode de prise en charge principal est stable sur l'ensemble des séquences de soins constituant le séjour.

• **Les textes** : d'après la circulaire du 30 mai 2000, « l'HAD concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en ES ». La circulaire de 2006 rappelle son caractère polyvalent et généraliste. En 2012, des décrets ouvrent son champ d'intervention à tous les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. La circulaire du 4 décembre 2013 précise que le développement de l'HAD s'inscrit dans la stratégie nationale de santé et définit quatre objectifs pour structurer l'offre sur le territoire.

Sources

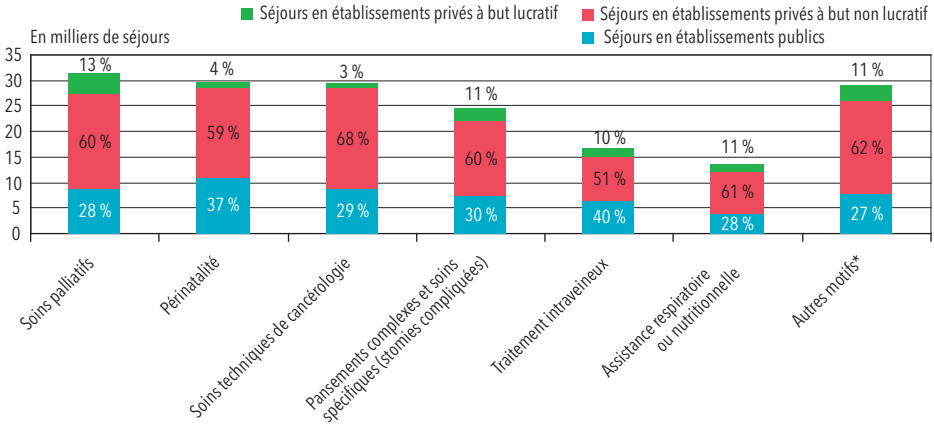
Le PMSI mis en place par la DGOS et l'ATIH fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Carte Densité des places en hospitalisation à domicile par département en 2014



Notes > Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.
Les bornes ne correspondent pas à une répartition en quintiles. Le découpage permet de distinguer les valeurs élevées de quelques départements.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014 ; DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Graphique Répartition des séjours selon le statut juridique et les modes de prise en charge principaux en 2014



Note > Les 6 premiers modes de prise en charge principaux représentent 83 % des séjours d'HAD en 2014. Les modes de prise en charge principaux sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prise en charge existants dans le recueil. En 2014, les soins palliatifs sont le mode de prise en charge le plus fréquent en HAD : plus de 31 millions de séjours sur les 174 millions enregistrés dans le PMSI. 28 % des séjours de soins palliatifs sont réalisés dans des établissements publics, 60 % dans des établissements privés à but non lucratif et 13 % dans des établissements privés à but lucratif.
* Les autres motifs regroupent les soins de nursing lourds, les traitements post-chirurgicaux et la rééducation.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-HAD 2014, traitements DREES.

22 Les patients hospitalisés à domicile

En 2014, 48 % des patients admis en hospitalisation à domicile (HAD) ont plus de 65 ans. Les femmes sont prises en charge plus jeunes et 30 % de leurs séjours concernent la périnatalité. Les soins palliatifs, de cancérologie et les pansements complexes sont les trois autres principaux motifs d'admission. Ces quatre motifs constituent les deux tiers des séjours. Les séjours pour pansements complexes sont les plus longs (40 jours contre 18 en moyenne) ; les soins palliatifs concernent les patients les plus dépendants. Enfin, pour deux patients sur trois, l'HAD permet de raccourcir ou d'éviter une hospitalisation en établissement de santé.

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

L'HAD s'adresse à tous les patients, mais la moitié d'entre eux ont plus de 65 ans

En 2014, on trouve des patients de tous les âges – de la naissance à la fin de vie – en HAD (graphique 1). Cependant, même si l'HAD n'a pas pour mission de répondre spécifiquement à leurs besoins, les personnes âgées constituent une population cible de plus en plus importante : de fait, en 2014, les plus de 65 ans totalisent 48 % des séjours (21 % pour les plus de 80 ans). Les enfants concentrent 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons. Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (85 % des séjours) ; pour cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent un séjour sur quatre. Pour les femmes, une hospitalisation sur trois concerne des soins de périnatalité, pour les 25-30 ans principalement.

L'HAD doit s'adapter à des prises en charge et des durées de séjour variées

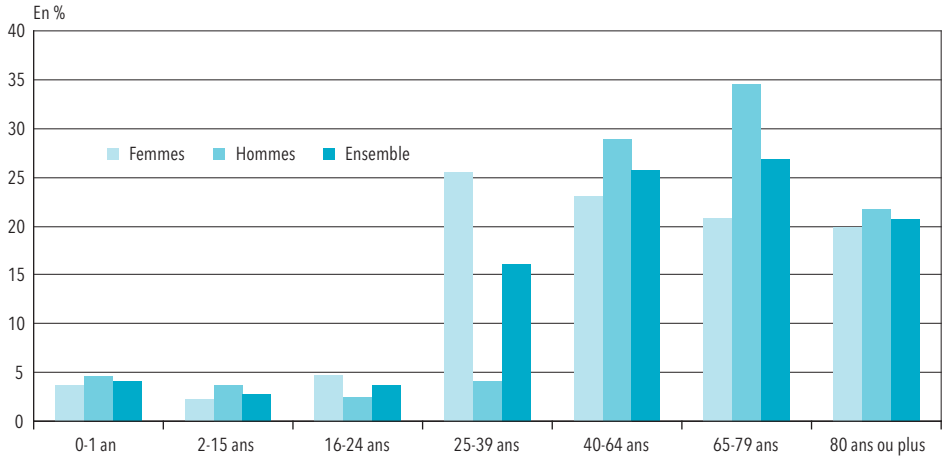
Les soins palliatifs, de cancérologie, la périnatalité, les pansements complexes et les soins spécifiques sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD (66 % des séjours, voir la fiche « Les structures d'hospitalisation à domicile »). Les autres groupes de modes de prise en charge principaux sont moins fréquents, voire rares ; leur part dans la demande d'HAD varie selon les années.

Les soins palliatifs et les soins spécifiques concernent des séjours bien plus longs que les séjours de périnatalité ou de cancérologie (tableau). Ainsi, les séjours les plus longs, pour pansements complexes, durent en moyenne 40 jours en 2014 (contre 18 jours en moyenne pour l'ensemble des séjours monoséquences d'HAD). En mesurant l'activité en journées, ils deviennent le premier motif de prise en charge en HAD, devant les soins palliatifs (avec 24 000 journées contre 22 000 pour les soins palliatifs en 2014). Pour les soins palliatifs, la durée moyenne est de 23 jours. C'est presque trois fois plus qu'un séjour de périnatalité (8 jours) et quatre fois plus qu'un séjour pour soins de cancérologie. En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques (53 %), la surveillance des grossesses à risque (20 %), des retours précoces à domicile après accouchement[1] (15 %), ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (11 %). Les soins de chimiothérapie anticancéreuse constituent, quant à eux, le plus grand nombre des séjours de cancérologie (66 %).

Les prises en charge en HAD doivent aussi tenir compte du degré de dépendance des patients. Concernant la périnatalité et les soins de cancérologie, les patients, plus jeunes, sont également plus

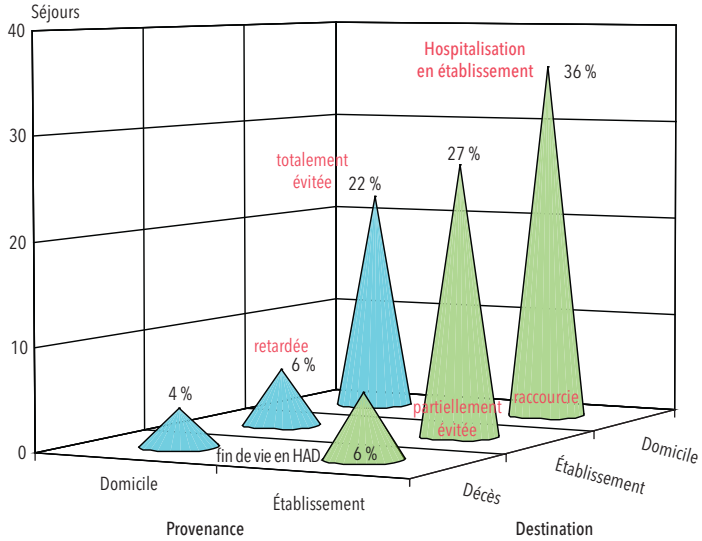
1. À partir de 2015, le motif de retour précoce à domicile après accouchement ne sera plus admis comme motif de prise en charge en HAD.

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2014



Note > Les âges sont ceux observés à l'admission.
Lecture > En 2014, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 4 % des admissions en HAD chez les hommes et 26 % chez les femmes.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-HAD 2014 ; traitements DREES.

Graphique 2 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2014



Lecture > L'hospitalisation en établissement a été totalement évitée pour 22 % des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2014 (ils sont restés à leur domicile). Pour 36 % des patients, l'hospitalisation a été raccourcie (ils provenaient d'un établissement avant l'HAD et sont restés ensuite à leur domicile). 10 % des séjours se sont terminés par un décès.
Champ > Les 157 912 séjours en HAD terminés en 2014 en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, pour lesquels les informations de provenance et de destination sont disponibles dans le PMSI (97 % des séjours terminés).
Sources > ATIH, PMSI-HAD 2014, traitements DREES.

autonomes ou faiblement dépendants. À l'inverse, trois quarts des patients en soins palliatifs sont moyennement à fortement dépendants. Les séjours pour pansements complexes concernent eux aussi des patients plutôt dépendants (42 % sont moyennement à fortement dépendants).

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

Au total, l'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville, ce qui en fait une activité vraiment multiforme. Son objectif est principalement d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation. En 2014, près de trois patients sur dix provenaient de leur domicile (graphique 2). L'HAD a permis d'éviter totalement une hospitalisation en établissement de santé pour un patient sur cinq puisque 22 % demeurent chez eux en fin de séjour. Pour 6 % des patients, l'HAD retarde l'hospitalisation complète puisqu'ils ont été dès le début hospitalisés à domicile, puis ont été transférés en établissement traditionnel. Sept patients sur dix sont admis en HAD à la suite d'une prise en charge en établissement de santé : 36 % des patients écourtent une hospitalisation complète en restant à domicile. Mais ce n'est pas le cas pour un patient sur quatre (27 %) pour qui une (ré)hospitalisation est nécessaire. ■

Champ

Voir la fiche « Les structures d'hospitalisation à domicile ».

Définitions

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

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

Pour en savoir plus

• *Les Dépenses de santé en 2014 – édition 2015 – Résultats des Comptes de la santé*, 2015, Études et Statistiques, DREES, septembre.

• *Chiffres clés : l'hospitalisation à domicile en 2014 – édition 2015*, rapport de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile, août.

• *Analyse de l'activité hospitalière 2014 – édition 2015*, ATIH, juillet.

• Valdelièvre H., Chaleix M., Afrite A., Com-Ruelle L., 2009, « Les structures d'hospitalisation à domicile », *Études et Résultats*, n° 697, DREES, juillet.

• Afrite A., Com-Ruelle L., Chaleix M., Valdelièvre H., 2009, « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients », *Questions d'économie de la santé*, n° 140, IRDES, mars.

Sources

Voir la fiche « Les structures d'hospitalisation à domicile ».

Tableau Répartition des séjours selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission en 2014

Modes de prise en charge principaux regroupés* prescrits à l'admission	Séjours		Pour les séjours mono-séquences terminés en 2014**	Degré de dépendance globale du patient observé à l'admission			
	Effectifs (en milliers)	Pourcen-tage	Durée moyenne des séjours (en journées)	Pourcentage de patients complètement autonomes	Pourcentage de patients faiblement dépendants	Pourcentage de patients moyennement dépendants	Pourcentage de patients fortement dépendants
Soins palliatifs	31	18	23	2	25	39	34
Périnatalité	30	17	8	68	27	0	5
Soins techniques de cancérologie	29	17	6	50	44	5	1
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	25	14	40	14	44	26	16
Traitement intraveineux	17	10	12	25	47	18	11
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14	8	33	2	36	31	31
Autres motifs	10	6	13	22	44	19	15
Soins de nursing lourds	9	5	43	0	8	47	44
Post-traitement chirurgical	5	3	16	21	57	17	5
Rééducation, réadaptation, éducation	5	3	22	11	45	27	17
Non renseigné	0	0	4	100	0	0	0
Ensemble	**174**	**100**	**18**	**27**	**36**	**21**	**17**

* Agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existants dans le recueil.
** On comptabilise environ 162 000 séjours terminés en 2014, soit 93 % des séjours d'HAD et 122 000 séjours monoséquences terminés (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 70 % des séjours en 2014.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-HAD 2014, traitements DREES.

23 Les établissements de soins de suite et de réadaptation

En 2014, 1 833 établissements ont déclaré une activité de soins de suite et de réadaptation en France métropolitaine et dans les DROM. Ils disposent de 116 000 lits et places dédiés au moyen séjour, soit 24 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. 1,4 million de séjours et 37 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle ont été comptabilisés, soit 27 % de l'activité hospitalière totale de 2014. L'hospitalisation complète reste prédominante (91 % des capacités). L'hospitalisation partielle, minoritaire, est plus présente dans le secteur privé à but non lucratif. L'Ile-de-France et le sud de la France sont les régions les plus dotées en lits et en places.

40 % des capacités de SSR sont offertes par les établissements publics

L'offre en soins de suite et de réadaptation (SSR) est assurée par 1 833 établissements en France métropolitaine et dans les DROM (tableau 1). Un établissement sur deux relève du secteur public, la moitié restante se partageant à parts égales entre les secteurs privés à but lucratif et à but non lucratif. En 2014, ces établissements disposent de 116 000 lits et places répartis pour 39 % dans le public, 30 % dans le privé à but non lucratif et 30 % dans le privé à but lucratif. Ces 116 000 lits et places représentent 24 % des capacités hospitalières totales (courts, moyens et longs séjours confondus). En termes d'activité, 1,4 million de séjours, soit 37 millions de journées, ont été réalisés en SSR, soit 27 % de l'activité hospitalière totale. La part relative du privé à but non lucratif est un peu moins importante en journées qu'en nombre de lits et de places (28 % contre 30 %). De fait, si l'hospitalisation complète domine encore largement l'activité de moyen séjour (91 % des journées), l'hospitalisation partielle est plus développée dans le secteur privé à but non lucratif (13 % des journées, contre 9 % dans le privé à but lucratif et seulement 6 % dans le public). Ces différences pourraient s'expliquer, en partie, par la diversité des patientèles prises en charge. Enfin, les durées de séjour en hospitalisation complète sont similaires pour tous les secteurs (35 jours en moyenne).

Le personnel non médical est majoritairement soignant

Dans l'ensemble, les établissements de SSR disposent en moyenne de 0,8 personnel non médical par lit ou par place, calculé en équivalent temps plein (ETP) : 0,3 aide-soignant, 0,3 infirmier et 0,2 personnel de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, diététiciens, personnel éducatif, etc.) par lit ou par place (tableau 1). Alors que le nombre d'infirmiers et de personnels de rééducation par lit ou par place est relativement identique selon le statut juridique de l'établissement, celui d'aides-soignants varie. Ainsi, les établissements publics allouent en moyenne deux fois plus d'aides-soignants (0,4 personne par lit ou par place) que les établissements du secteur privé à but lucratif (0,2). Aux côtés du personnel non médical, le personnel médical compte essentiellement des médecins généralistes, des médecins de médecine physique et de réadaptation ainsi que des gériatres.

L'activité de SSR est plus développée en Ile-de-France et dans le sud de la France

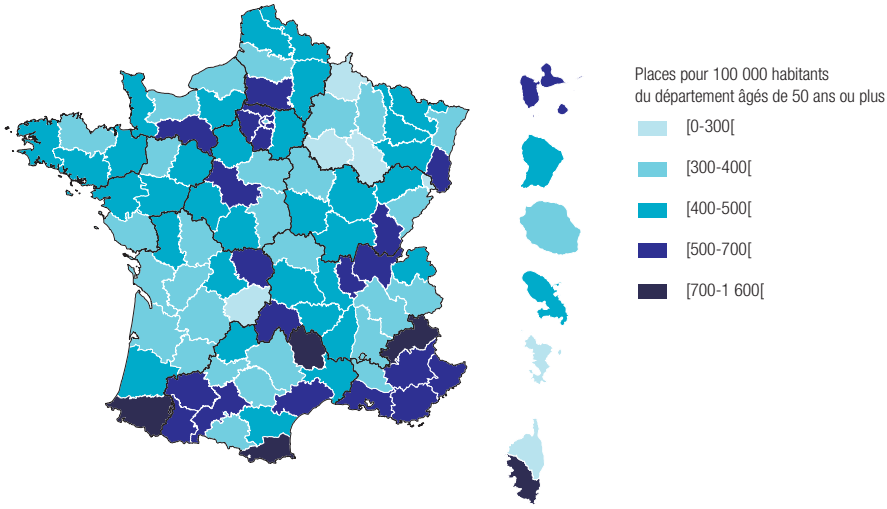
La densité de lits et de places en SSR s'élève à 474 pour 100 000 habitants de plus de 50 ans au niveau national. Deux régions métropolitaines se distinguent par une densité plus élevée : la Provence – Alpes-Côte d'Azur (PACA)

Tableau 1 Capacités, activité et personnel des établissements développant des soins de suite et de réadaptation selon leur statut juridique en 2014

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif	Ensemble
Nombre d'établissements	910	460	463	1 833
Capacités (lits et places), dont :	45 173	34 847	36 149	116 169
hospitalisation partielle (part en %)	3017 (6,7 %)	4 739 (13,6 %)	3 577 (9,9 %)	11 333 (9,8 %)
Nombre de séjours (en milliers), dont :	566	425	410	1 401
hospitalisation partielle (part en %)	139 (24,5 %)	132 (31,0 %)	67 (16,3 %)	337 (24,1%)
Nombre de journées de présence (en milliers), dont :	14 415	10 379	12 251	37 045
hospitalisation partielle (part en %)	865 (6,0 %)	1 363 (13,1 %)	1 174 (9,6 %)	3 402 (9,2 %)
Sur les séjours d'hospitalisation complète terminés* en 2014 Durée moyenne (en journées)	35	35	36	35
Ratio moyen de personnel aide-soignant	0,4	0,3	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel infirmier	0,3	0,2	0,2	0,3
Ratio moyen de personnel de rééducation **	0,2	0,3	0,2	0,2

* On comptabilise environ 980 000 séjours d'hospitalisation complète terminés en 2014, soit 70 % des séjours de SSR.
** Le personnel désigné comme personnel de rééducation ou rééducateurs comprend les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les psychologues, les diététiciens, le personnel éducatif, etc.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, hors maisons d'enfans à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation.
Sources >ATIH, PMSI-SSR 2014 pour l'activité, traitements DREES ; DREES, SAE 2014 pour la capacité et le personnel, traitements DREES.

Carte Densité de capacités en lits et en places de SSR en 2014



Note > Les bornes ne correspondent pas à une répartition en quintiles. Le découpage permet de distinguer les valeurs élévées de quelques départements.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, hors maisons d'enfans à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

et l'Île-de-France, avec respectivement 613 et 533 lits et places pour 100 000 habitants de plus de 50 ans (tableau 2). Pour ces deux régions, les taux d'hospitalisation standardisés sont également plus élevés que la moyenne. À l'opposé, la région Aquitaine – Limousin – Poitou-Charentes et les Pays de la Loire sont les moins équipées en SSR pour la Métropole (413 lits et places pour 100 000 habitants) et leurs taux d'hospitalisation standardisés sont également plus faibles. Globalement, les flux de patients entre régions réduisent en partie les disparités territoriales d'offre. Ainsi, les régions les plus faiblement dotées présentent souvent un solde négatif entre taux d'entrée et taux de fuite. En d'autres termes, ces régions voient plus souvent leurs résidents être pris en charge dans d'autres régions qu'ils n'accueillent de patients non résidents. C'est notamment le cas des Pays de la Loire qui ont plutôt tendance à « perdre » des patients. À l'opposé, la région PACA a un solde positif en lien avec des capacités d'accueil plus élevées que la moyenne nationale. Enfin, en France métropolitaine, des disparités départementales existent également, notamment en termes de capacités d'accueil en SSR (carte). Dans le Sud par exemple, la région Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées occupe la troisième place des régions les plus dotées en lits et en places de SSR (densité de 499), juste derrière les régions PACA et Ile-de-France. Mais les densités infra-régionales sont très hétérogènes : la Lozère et les Pyrénées-Orientales ont des densités de 919 et 838 lits et places pour 100 000 habitants (soit presque deux fois la moyenne nationale), alors que le Tarn et l'Aveyron ont des densités de 373 et 390 lits et places pour 100 000 habitants. ■

Champ

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires, exerçant une activité de SSR en 2014. L'activité comprend des prises en charge polyvalentes ou spécialisées soit pour les conséquences fonctionnelles de certaines affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaires, etc.), soit pour des populations particulières (personnes âgées à polypathologies, enfants, etc.). Le total des places est déclaré dans la SAE pour réaliser l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2014, ceux terminés ou non en 2014. Les journées sont celles de l'année 2014 (on exclut les journées antérieures à 2014 pour les séjours ayant déjà commencé).

Définitions

- **Taux d'entrée** : proportion des séjours des non-résidents d'une région pris en charge dans la région.
- **Taux de fuite** : proportion des séjours des résidents d'une région pris en charge dans une autre région.
- **Taux d'hospitalisation standardisé** : rapport, pour une région donnée, du nombre de patients résidents hospitalisés (dans la région ou dans une autre région) à la population de la région (taux brut). La standardisation consiste à affecter à la région la structure par sexe et par âge de la France entière.

Pour en savoir plus

Voir la fiche « La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation ».

Sources

Le PMSI, mis en place par la DGOS et l'ATIH, fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-SSR existe depuis 2008 et est progressivement monté en charge : depuis 2013, on considère que le recueil est exhaustif et les données ne sont plus pondérées. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Tableau 2 Solde entre les taux de fuite et les taux d'entrée en SSR en 2014 selon la région d'hospitalisation

	Densités de lits et de places*	Solde sur l'ensemble de l'activité**	Rapport du taux d'hospitalisation standardisé au taux national***
Ile-de-France	533	-1,5	1,02
Centre-Val de Loire	433	-2,3	0,86
Bourgogne et Franche-Comté	432	-3,8	0,97
Normandie	436	-1,2	0,96
Nord – Pas-de-Calais et Picardie	473	2,7	1,06
Alsace – Champagne-Ardenne – Lorraine	418	-0,5	1,09
Pays de la Loire	413	-1,8	0,86
Bretagne	425	1,2	1,07
Aquitaine – Limousin – Poitou-Charentes	413	1,7	0,93
Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées	499	3,4	0,99
Auvergne – Rhône-Alpes	479	-0,8	0,98
Provence – Alpes-Côte d'Azur	613	3,5	1,06
Corse	452	-15,8	0,92
Guadeloupe	549	-7,5	1,47
Martinique	410	-3,4	1,30
Guyane	407	-88,3	0,21
La Réunion	394	0,2	1,15
Mayotte	0	0,0	0,00
France entière	**474**	**-**	**1,00**

* Densité de lits et de places pour 100 000 personnes de 50 ans ou plus.
** Le solde est la différence entre le taux d'entrée et le taux de fuite.
*** Méthode de standardisation directe selon le sexe et l'âge.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, hors maisons d'enfans à caractère sanitaire (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation.
Sources > ATIH, PMSI-SSR 2014, traitements DREES ; DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014.

24 La patientèle des établissements de soins de suite et de réadaptation

En 2014, les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont réalisé 1,4 million de séjours, soit 37 millions de journées d'hospitalisation, pour 980 000 patients. Les patients en SSR sont âgés (71 ans d'âge médian) et sont le plus souvent des femmes. Les soins s'effectuent souvent à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardio-vasculaires, de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (pose de prothèses).

Une patientèle plutôt âgée et féminine

Entre 2013 et 2014, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) a augmenté pour dépasser 1,4 million de séjours et 37 millions de journées (tableau 1). L'hospitalisation complète reste la principale modalité de soins, mais la part de l'hospitalisation à temps partiel augmente légèrement chaque année pour atteindre 24 % des séjours en 2014 (contre 19 % en 2010). Les femmes restent majoritaires dans les séjours de SSR (55 %), notamment en hospitalisation complète (58 %), les séjours à temps partiel étant plus souvent réalisés par des hommes (54 %). L'âge moyen est stable (66 ans), de même que l'âge médian (71 ans). L'âge moyen des femmes reste plus élevé que celui des hommes (69 contre 61 ans), en particulier en hospitalisation complète (74 contre 66 ans). En hospitalisation complète, la durée moyenne des séjours est de 35 jours (voir tableau 1 de la fiche « Les établissements de SSR »). Elle augmente avec l'âge pour atteindre 37 jours pour les séjours des personnes âgées de 85 ans ou plus.

Des patients en majorité autonomes ou faiblement dépendants lors de leur admission

Les patients qui bénéficient de séjours en hospitalisation à temps partiel présentent moins souvent de dépendance, au sens de la grille AVQ : dans 88 % des séjours, à l'admission, ils sont autonomes ou faiblement dépendants (contre 63 % en hospitalisation complète).

La dépendance globale s'atténue entre l'admission et la sortie. L'évolution repose surtout sur la dépendance physique, la dépendance cognitive évoluant peu. En hospitalisation complète, le gain d'autonomie est le plus élevé pour les patients moyennement dépendants ; en hospitalisation à temps partiel, ce gain est plus élevé pour les patients faiblement dépendants (graphique).

Les soins sont centrés sur la rééducation

64 % des séjours en hospitalisation complète et 80 % en hospitalisation partielle sont à visée rééducative. Les autres séjours en hospitalisation complète sont motivés par des soins médicaux, des soins palliatifs, des soins à la suite d'insuffisance cardiaque, de démences, de malaises et de troubles de la marche (18 %), ou encore par la convalescence et la surveillance post-chirurgicale (12 % des séjours).

Les motifs de prise en charge varient selon l'âge

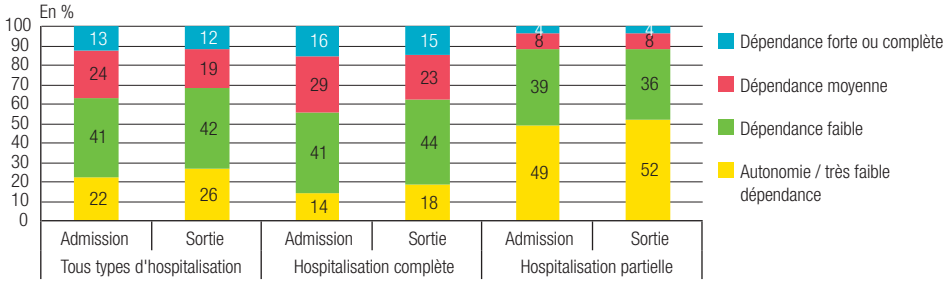
Les séjours sont majoritairement motivés par quatre types de pathologies : les maladies du système ostéo-articulaire (19 %, dont les suites de prothèses pour arthropathie), les lésions traumatiques (13 %, dont les fractures du membre inférieur [8%], du membre supérieur, du rachis mais aussi, dans 1,3% des séjours, des complications de prothèses ou d'implants), les affections de l'appareil cardiovasculaire (12 %, dont l'insuffisance cardiaque, les cardiopathies ischémiques) et les affections du système nerveux (12 %, dont les syndromes paralytiques). Les troubles de la marche, les démences, les troubles mentaux liés à l'alcool ou aux substances psycho-actives ainsi

Tableau 1 Synthèse de l'activité de SSR en 2014

Ensemble	En termes de séjours					En termes de journées de présence		
	Nombre de séjours (en milliers)	Part de l'hospitalisation complète (en %)	Part des femmes (en %)	Âge moyen (à l'admission)	Âge médian (à l'admission)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Part de l'hospitalisation complète (en %)	Part des femmes (en %)
2014	1 401	76 %	55 %	66	71	37 045	91 %	57 %

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, hors maisons d'enfants à caractère sanitaires (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation.
Sources > ATIH, PMSI-SSR 2014, traitements DREES.

Graphique Répartition des séjours selon le degré de dépendance globale des patients à l'admission et à la sortie selon le type d'hospitalisation en 2014



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, hors maisons d'enfants à caractère sanitaires (MECS) temporaires, tous types d'hospitalisation.
Sources > ATIH, PMSI-SSR 2014, traitements DREES.

Champ

Voir la fiche « Les établissements de soins de suite et de réadaptation ».

Définitions

Les informations médicales, dans le PMSI, sont collectées dans un recueil hebdomadaire. Il s'agit de la morbidité, principale et secondaire, des actes (de rééducation et médico-techniques) et de l'approche de la dépendance des patients.

• **La morbidité principale** : elle repose sur l'association de la finalité principale de prise en charge (FPPC, ce qui a été fait au patient durant la semaine), de la manifestation morbide principale (MMP, le problème de santé sur lequel s'exerce le soin) avec éventuellement l'affection étiologique (AE) qui est le problème de santé à l'origine de la MMP.

• **L'appréciation de la morbidité** : les problèmes de santé des patients pour lesquels des soins de suite ou de réadaptation en hospitalisation leur ont été prescrits ont été appréciés à partir de la MMP, voire de l'AE. Ces dernières sont enregistrées lors de la semaine de l'admission des patients en SSR pour les séjours commencés en 2014 et lors de la première semaine de 2014 pour les séjours débutés antérieurement.

• **Le degré de dépendance des patients** : la dépendance est évaluée toutes les semaines à partir de la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ). Celle-ci mesure la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante par la cotation de quatre variables physiques (l'habillage, les déplacements, l'alimentation, la continence) et deux variables cognitives (le comportement et les relations). Chaque variable est évaluée sur 4 points (soit un total sur 24 points) : de l'autonomie complète (le patient réalise seul et correctement les tâches : 1 point) à une dépendance complète (le patient nécessite une aide complète pour la réalisation des tâches : 4 points). Le degré de dépendance globale comporte deux dimensions : la dépendance physique et la dépendance cognitive. Les informations sont reportées dans les résumés hebdomadaires standardisés (RHS). L'évolution de la dépendance est ici mesurée par les variations enregistrées entre le RHS d'admission et celui de la sortie. Cette mesure de la dépendance n'est pas superposable à l'évolution des déficiences pour lesquelles le patient a été hospitalisé en SSR

Pour en savoir plus

• Coquelet F., 2015, « Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours », *Études et Résultats*, n°943, DREES.
• Coquelet F., Valdelièvre H., 2011, « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins », *Dossiers Solidarité Santé*, n°23, DREES.

Sources

Voir la fiche « Les établissements de soins de suite et de réadaptation ».

que l'obésité sont à l'origine de 15 % des séjours (tableau 2).

La répartition des séjours varie selon l'âge des patients. Les séjours des patients de moins de 18 ans sont plutôt motivés par la prise en charge de l'obésité, de paralysies d'origine cérébrale et de scolioses. Entre 18 et 34 ans, les séjours sont souvent provoqués par des lésions traumatiques (genou), les dorsalgies et les paralysies d'origine traumatique, mais aussi vasculaire et cérébrale. De 35 à 69 ans, ce sont les soins après la pose de prothèses pour arthropathies (hanche ou genou) qui prédominent, ainsi que les suites d'hémiplégie par accidents vasculaires cérébraux ou de cardiopathies ischémiques.

Les personnes âgées de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours

588 000 personnes âgées de plus de 70 ans ont bénéficié de la moitié des séjours de SSR et de 59 % des journées de présence, principalement en hospitalisation complète (97 % des journées, contre 82 % pour les moins de 70 ans).

Leurs séjours en hospitalisation complète durent 36 jours en moyenne et le quart dépasse 43 jours. La durée moyenne s'allonge avec l'âge, passant de 35 jours pour les 70-84 ans à 37 jours après 84 ans. Le plus souvent, les séjours s'effectuent à la suite d'une hospitalisation en médecine ou en chirurgie (86 %, contre 58 % des séjours des moins de 70 ans). Les séjours en provenance du domicile, ou substitut, sont moins fréquents pour les plus de 70 ans comparés aux moins de 70 ans (11 % contre 39 %). À l'issue du séjour, la destination la plus fréquente reste le domicile, ou substitut, mais dans une proportion moindre (76 % contre 84%). La part des décès est plus élevée (5 % contre 2 %) et augmente avec l'âge (4 % pour les 70-84 ans et 7 % pour les 85 ans ou plus). À l'admission, la dépendance globale moyenne est élevée (13,6 points sur 24 contre 10,7 pour les moins de 70 ans) et s'atténue significativement au cours du séjour (5 % d'amélioration moyenne). Cette évolution s'explique surtout par l'amélioration de la dépendance physique, notamment pour les 70-84 ans (9 % d'amélioration moyenne) et les 85 ans ou plus (+6 %). En revanche, la dépendance cognitive évolue peu au cours du séjour, essentiellement pour les 70-84 ans (+0,2% d'amélioration moyenne). Les soins à la suite de lésions traumatiques sont le premier motif de recours à l'hospitalisation complète dans cette population (17 % des séjours) ; ensuite viennent les suites de chirurgie d'arthropathie (prothèses) avec 12 % des séjours, essentiellement pour les 70-84 ans, et de chutes ou d'anomalies de la démarche (8 % des cas). Les démences sont à l'origine de 6 % des séjours des plus de 85 ans.

Les séjours en hospitalisation à temps partiel sont centrés sur la prise en charge de démences (13 % des séjours) et de chutes ou d'anomalies de la démarche (13 %), ces proportions passant chacune à 24 % au-delà de 85 ans. Ils sont aussi réalisés en raison de syndromes paralytiques, de cardiopathies ischémiques et de suites de chirurgie d'arthroplastie (respectivement 10 % des séjours chacun et plus fréquents chez les 70-84 ans). ■

Tableau 2 Répartition des séjours de SSR réalisés en 2014, selon la morbidité enregistrée à l'admission

Morbidité	Nombre de séjours (en milliers)	Part de la pathologie (en %)						Part des séjours en hospitalisation complète (en %)
		Tous les âges	Séjours des moins de 18 ans	Séjours des 18-34 ans	Séjours des 35-69 ans	Séjours des 70-84 ans	Séjours des 85 ans ou plus	
Affection de l'appareil cardiovasculaire, dont :	172	12	0	2	15	13	12	67
cardiopathies ischémiques	66	5	0	1	9	4	1	42
insuffisance cardiaque	35	2	0	0	1	3	6	85
atteintes non rhumatismales des valvules cardiaques	19	1	0	0	2	2	1	78
Affections de l'appareil respiratoire	55	4	4	1	3	4	5	87
Affections du système digestif, métabolique et endocrinien, dont :	109	8	20	10	10	5	5	75
diabète	16	1	2	0	2	1	0	84
obésité et autres excès d'apport	55	4	16	9	6	1	0	57
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes, dont :	203	14	8	22	9	15	23	86
lésions traumatiques	177	13	4	21	8	13	22	86
Maladies du système nerveux, dont :	173	12	23	20	15	10	6	64
maladies cérébrovasculaires*	18	1	0	0	1	2	2	89
paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	117	8	16	16	12	5	3	58
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :	272	19	16	23	23	22	9	72
arthropathies	160	11	5	11	12	16	5	81
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire non classés ailleurs, dont :	156	11	8	7	7	12	19	79
chutes, anomalies de la démarche et de la motilité	84	6	4	3	3	7	11	78
Troubles mentaux, dont :	117	8	9	9	8	8	10	78
démences (y compris maladie d'Alzheimer)	39	3	0	0	0	4	6	76
troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool ou de substances psychoactives	31	2	0	6	5	0	0	92
Tumeurs malignes, dont :	68	5	2	1	5	7	4	97
organes digestifs	19	1	0	0	1	2	2	100
tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés	11	1	0	0	1	1	1	99
organes respiratoires et intrathoraciques	10	1	0	0	1	1	0	97
Autres pathologies**	75	5	9	5	4	5	7	78
Non précisé	1	0	0	0	0	0	0	66
Total	**1 401**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**76**

* Y compris accidents ischémiques transitoires, syndrome vasculaire au cours de maladies cérébrovasculaires.
** Affections des organes génito-urinaires, de la peau ; maladies infectieuses et parasitaires, maladies du sang ; tumeurs bénignes, etc.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA, hors MECS temporaires, tous types d'hospitalisation.
Sources > ATIH, PMSI-SSR 2014, traitements DREES.

25 Les parcours de soins hospitaliers

En 2014, 12 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois. Pour près des trois quarts, l'hospitalisation a été un épisode unique au cours de l'année. Cet épisode unique peut correspondre à un seul séjour ou à deux prises en charge successives en court séjour puis en moyen séjour, pour de la rééducation par exemple. Les patients hospitalisés plusieurs fois dans l'année ont des pathologies particulières, notamment des affections du sang ou des tumeurs.

12 millions de patients hospitalisés en France en 2014

En 2014, 12 295 000 patients ont été hospitalisés en France dans l'un des 2 869[1] établissements de santé, publics comme privés, de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA) ; 813 000 y sont nés, 331 000 y sont décédés. Ce décompte a été réalisé à partir des données d'activité détaillées par séjour et transmises par les établissements dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'ensemble des prises en charge de court et de moyen séjour.

Un épisode unique d'hospitalisation au cours de l'année pour les trois quarts des patients

Plus des deux tiers (68 %) des patients n'ont été hospitalisés qu'une seule fois au cours de l'année et pour un seul séjour. Pour 4 % d'entre eux, l'hospitalisation a constitué un épisode de soins unique au cours de l'année, mais celui-ci a comporté plusieurs séjours consécutifs. Cet épisode de soins correspond à une prise en charge successive et ininterrompue dans plusieurs établissements ou à différentes modalités de prises en charge, par exemple en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) puis en soins de suite et de réadaptation (SSR), ou en hospitalisation à domicile (HAD), etc. En revanche, pour un peu plus du quart des patients (3 485 000), une nouvelle hospitalisation, voire davantage, a eu lieu à distance du premier séjour ou épisode (tableau 1). Les délais entre les épisodes d'hospitalisation se répartissent de la façon suivante : pour 39 % des patients, il s'établit entre deux et sept jours, pour 30 % entre huit et trente jours, pour 18 % entre un et trois mois, pour 9 % entre trois et six mois, et pour 4 % plus de six mois.

Les trois grands types de parcours hospitaliers au cours de l'année présentent des caractéristiques différentes. Les séjours uniques relèvent principalement du MCO ou de la psychiatrie. Pour la moitié des patients ayant connu un épisode de soins hospitaliers unique avec plusieurs séjours (220 000), l'épisode a débuté par un séjour en MCO et a été suivi immédiatement par une prise en charge en SSR. Pour 29 %, le profil correspond à deux séjours en MCO dans deux établissements différents. Enfin, pour les parcours de patients constitués de plusieurs hospitalisations non contiguës au cours de l'année, les réadmissions se font en MCO principalement. Ce type de parcours exclusivement dans un champ sanitaire est aussi le plus fréquent pour les patients avec des hospitalisations multiples en psychiatrie.

L'hospitalisation concerne tous les âges de la vie

Les patients ont une moyenne d'âge de 47,1 ans (médiane à 50 ans). Leur répartition par groupes d'âges est la suivante : 17 % ont moins de 18 ans, 27 % entre 18 et 44 ans, 38 % entre 45 et 74 ans et 18 % sont âgés de 75 ans ou plus. La proportion des femmes est de 55,5 %, elle est plus élevée pour la maternité bien sûr,

1. Il s'agit du nombre d'établissements ayant transmis les données correspondant à leur activité ; quelques établissements de psychiatrie comme certains anciens hôpitaux locaux ne les ont pas transmises. Pour cette raison, ce nombre est inférieur au nombre total d'établissements indiqué dans la fiche « Les catégories d'établissements » (3 111).

Tableau 1 Caractéristiques des patients en fonction des parcours de soins hospitaliers au cours de l'année 2014

	Ensemble des patients	Pourcentage des patients	Séjour hospitalier unique	Pourcentage des patients	Épisode de soins hospitaliers unique	Pourcentage des patients	Plusieurs hospitalisations au cours de l'année	Pourcentage des patients
Nombre de patients	12 294 974	100,0	8 309 873	100,0	500 198	100,0	3 484 903	100,0
Âge moyen, écart type	47,1 ± 26,5		42,3 ± 26,3		63,9 ± 24,8		56,1 ± 23,9	
Hommes/Femmes (en %)	44,5 / 55,5		44,1 / 55,9		39,8 / 60,2		46,3 / 53,7	
Nombre de naissances	813 192	6,6	709 081	8,5	12 440	2,5	91 671	2,6
Nombre de décès	331 290	2,7	109 683	1,3	44 851	9,0	176 756	5,1
Nombre de séjours dans l'année 2014, médiane, p75, p90*	1 / 2 / 3		1 / 1 / 1		2 / 2 / 3		2 / 4 / 9	
Une seule admission en MCO	8 488 186	69,0	8 041 453	96,8	283 166	56,6	163 567	4,7
Admission exclusivement en MCO**	10 907 687	88,7	8 041 453	96,8	144 858	29,0	2 721 376	78,1
Plusieurs admissions en MCO	3 420 404	27,8	-	-	201 381	40,3	3 219 023	92,4
Une seule admission en SSR	704 525	5,7	105 371	1,3	253 962	50,8	345 192	9,9
Admission exclusivement en SSR	136 400	1,1	105 371	1,3	1 601	0,3	29 428	0,8
Plusieurs admissions en SSR	200 364	1,6	-	-	26 206	5,2	174 158	5,0
Une seule admission en HAD	81 884	0,7	8 071	0,1	29 895	6,0	43 918	1,3
Admission exclusivement en HAD	8 991	0,1	8 071	0,1	126	0,0	794	0,0
Plusieurs admissions en HAD	24 324	0,2	-	-	4 043	0,8	20 281	0,6
Une seule admission en psychiatrie	259 068	2,1	154 978	1,9	28 018	5,6	76 072	2,2
Admission exclusivement en psychiatrie	235 579	1,9	154 978	1,9	12 409	2,5	68 192	2,0
Plusieurs admissions en psychiatrie	156 236	1,3	-	-	18 734	3,7	137 502	3,9

MCO : médecine, chirurgie et obstérique. SSR : soins de suite et de rééducation. HAD : hospitalisation à domicile.
* p75 et p90 signifient 75e et 90e percentiles. Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations dans l'année, 75 % ont eu 4 séjours ou moins et 90 % neuf séjours ou moins dans l'année.
** Admission exclusivement en MCO correspond aux patients qui ont connu une ou plusieurs hospitalisations en MCO, mais pas dans un autre champ ; un décompte analogue est fait pour les SSR, l'HAD et la psychiatrie.
Note > Les colonnes « Pourcentage des patients » donnent la proportion des patients ayant connu un séjour à l'hôpital dans l'année.
Lecture > Pour les épisodes de soins hospitaliers, un même patient peut avoir eu, par exemple, un séjour en MCO puis en SSR. En conséquence, la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients. Il en est de même pour les patients ayant eu plusieurs hospitalisations au cours de l'année.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI MCO, SSR, HAD, RIM-P 2014, traitements DREES.

et pour des pathologies liées à la longévité, comme la cataracte ou les fractures du col du fémur.

La prise en charge a été faite exclusivement en MCO pour 88,7 % des patients, exclusivement en SSR pour 1,1 %, exclusivement en HAD pour 0,1 %, exclusivement en psychiatrie pour 1,9 %. Un million de patients (8,2 %) ont eu une prise en charge en hospitalisation dans différents champs sanitaires en 2014. Les patients ayant connu plusieurs hospitalisations ou un épisode de soins hospitaliers sont en moyenne plus âgés (57,1 ans contre 42,3 pour ceux qui ont eu une hospitalisation unique).

Des parcours de soins selon les groupes de prise en charge

En 2014, 29 millions de séjours et épisodes ont été réalisés. Ils ont été répartis dans dix-huit groupes médicaux de prises en charge (tableau 2). Excepté les traitements itératifs, les affections du sang ou les tumeurs de siège diffus (tumeur avec métastases) sont le groupe de pathologies ayant la plus forte proportion de patients avec plusieurs hospitalisations dans l'année (les trois quarts). À l'opposé, le groupe des nouveau-nés, prématurés et affections de la période prénatale est majoritairement associé à la modalité « hospitalisation unique » (88,1 %). Parmi les patients ayant connu plusieurs hospitalisations non contiguës, 39 % ont eu des prises en charge relevant du même groupe médical, 43 % des prises en charge relatives à deux groupes distincts, et 18 % des prises en charge relevant de trois groupes ou plus. ■

Champ

France métropolitaine et DROM, y compris Mayotte, y compris le service de santé des armées (SSA). Activité d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé, publics comme privés. L'ensemble des séjours réalisés par les établissements pour leur activité d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) incluant l'ensemble des nouveau-nés, en soins de suite et de réadaptation (SSR), en hospitalisation à domicile (HAD) et en psychiatrie a été pris en compte. Quelques établissements de psychiatrie comme certains anciens hôpitaux locaux n'ont pas transmis les données PMSI correspondant à leur activité.

Méthodologie

Les établissements transmettent une description anonyme détaillée par séjour de leur activité. Chaque séjour est accompagné d'un numéro alphanumérique non signifiant, obtenu par hachage irréversible du numéro d'assuré social, de la date de naissance, du code sexe correspondant au patient pris en charge. Ce numéro permet le dénombrement des patients distincts hospitalisés sur la période considérée. Une seconde information permet, pour un même patient, de réaliser le positionnement relatif de chaque séjour. Il s'agit du délai en jours entre la date de début de séjour et une date calculée. Cette seconde information, couplée à la durée de séjour, permet de calculer par différence le délai, en jours révolus, entre la fin d'un séjour et le suivant pour un même patient.

Définition

Pour le dénombrement **des patients distincts** sont pris en considération tous les numéros alphanumériques pour lesquels les tests de conformité des informations source n'indiquent pas d'erreur. **Les séjours hospitaliers** débutent le jour de l'admission dans un établissement et se terminent le jour où le patient en sort. Lorsque deux séjours sont contigus, c'est-à-dire lorsque le délai entre le premier séjour et le séjour suivant est nul, cet ensemble est décrit comme **un épisode de soins hospitaliers**. Dans les autres cas, on parle **d'hospitalisations distinctes** dans l'année. Pour le SSR, l'HAD, la psychiatrie, seuls les séjours ayant effectivement débuté en 2014 ont été pris en compte. **Les groupes médicaux de prise en charge** ont été constitués à partir du résultat de l'algorithme de groupage médico-économique appliqué automatiquement à la description médicale faite de chaque séjour (MCO) ou semaine (SSR), du code de mode de prise en charge principal (HAD), du diagnostic principal (psychiatrie). L'algorithme de groupage est maintenu par l'ATIH.

Pour en savoir plus

Consulter le site de l'ATIH, rubrique « Accès aux données/Bases de données/Documentation technique/Aide à l'utilisation des informations de chaînage ».

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 des établissements de santé pour chaque séjour réalisé. Les données comprennent pour chaque séjour une description normalisée de la prise en charge médicale (voir « Les grandes sources de données »).

Tableau 2 Groupes médicaux de prises en charge et caractéristiques des parcours de soins hospitaliers

	Nombre de séjours	Hospitalisation unique			Épisode hospitalier unique			Plusieurs hospitalisations		
		Nombre de patients	Pourcentage	Âge*	Nombre de patients	Pourcentage	Âge*	Nombre de patients	Pourcentage	Âge*
Affections du système nerveux	1 347 585	414 238	44,4	51,7	72 474	7,8	70,5	445 865	47,8	58,0
Affections de l'œil	978 992	333 581	47,2	65,9	2 719	0,4	64,3	370 677	52,4	71,7
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche	920 421	677 198	78,3	24,6	7 151	0,8	43,9	180 402	20,9	41,8
Affections de l'appareil respiratoire	927 949	251 606	38,1	50,6	43 729	6,6	70,4	365 898	55,3	60,8
Affections de l'appareil circulatoire	1 827 996	509 190	40,7	62,9	68 479	5,5	73,6	673 070	53,8	68,2
Affections du tube digestif, du foie, du pancréas	3 172 174	1 624 625	63,6	52,1	45 254	1,8	65,0	883 433	34,6	58,7
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	2 408 755	991 511	55,9	49,4	175 041	9,9	73,0	608 026	34,3	58,9
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	785 201	395 733	58,0	44,8	18 223	2,7	68,7	268 636	39,4	58,1
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	547 325	201 164	45,2	47,5	15 200	3,4	64,9	228 778	51,4	50,0
Affections génito-urinaires	1 542 713	671 735	56,5	43,3	25 343	2,1	65,7	491 509	41,4	57,3
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	1 282 418	806 479	76,5	29,7	29 743	2,8	30,3	218 093	20,7	29,6
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	850 348	719 791	88,1	0,0	12 258	1,5	0,1	85 008	10,4	0,0
Affections du sang, tumeurs de siège diffus	546 703	61 936	21,5	55,1	8 581	3,0	70,3	218 031	75,6	59,1
Maladies infectieuses et parasitaires	136 515	44 412	37,7	35,0	6 020	5,1	62,6	67 439	57,2	49,6
Maladies et troubles mentaux	1 126 771	221 042	37,0	46,3	63 650	10,7	52,3	312 893	52,4	47,3
Traumatismes, allergies et empoisonnements	435 605	130 871	42,5	38,0	26 340	8,5	47,1	150 970	49,0	46,8
Autres affections ou prises en charge	1 032 531	228 021	30,4	50,1	54 596	7,3	71,9	468 257	62,4	58,7
Traitements itératifs (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie)	9 131 208	16 788	3,3	55,2	7 738	1,5	63,0	487 789	95,2	63,4
Groupage en erreur, code diagnostic principal absent, clé de chaînage en erreur	57 150	9 952	28,2	37,4	5 988	17,0	42,8	19 328	54,8	42,9

* Âge moyen des patients.

Note > Les colonnes « Pourcentage » donnent la proportion d'hospitalisations uniques, d'épisodes hospitaliers uniques, d'hospitalisations multiples, pour chaque groupe médical.

Lecture > Pour les patients ayant plusieurs hospitalisations, le groupe médical de prise en charge peut être différent d'une hospitalisation à la suivante. En conséquence, la somme des décomptes de patients est supérieure au nombre de patients.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources > ATIH, PMSI MCO, SSR, HAD, RIM-P 2014, traitements DREES.

Quelques aspects spécifiques de l'activité hospitalière

26 La lutte contre les infections nosocomiales

Les résultats 2014 des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales sont rendus publics pour 2 774 établissements de santé de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées. Ils indiquent une progression de la performance en matière de prévention des infections nosocomiales entre 2011 et 2014.

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales

La lutte contre les infections nosocomiales (IN), infections contractées au sein des établissements de santé, mobilise des moyens spécifiques. Ainsi, selon le Code de la santé publique, tous les établissements de santé doivent élaborer un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, dont l'un des volets est consacré à la lutte contre les IN. Depuis 2006, des indicateurs sont élaborés à partir des bilans d'activité de lutte contre les IN, remplis par chaque établissement de santé. Le ministère chargé de la Santé publie ces indicateurs tous les ans. Le tableau de bord des infections nosocomiales de 2014 comprend trois indicateurs qui reflètent le niveau d'engagement des établissements de santé dans la prévention des IN : l'indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN.2), l'indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire (ICA-LISO), l'indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains (ICSHA.2). Les résultats de tous les indicateurs sont présentés par classe de performance, allant de A à E, soit de la plus performante à la moins performante. Les établissements de santé peuvent se comparer par catégorie d'établissements.

Un investissement constant des établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales

Sur les 2 774 établissements de santé concernés par le tableau de bord des IN 2014, seuls 14 établissements de santé sont « non-répondants », soit 99,5 % d'exhaustivité. 91,2 % des établissements de santé ont atteint le plus haut niveau de performance en matière de prévention des IN – ICALIN.2 classe A et B (tableau). Les objectifs personnalisés de consommation de produits hydro-alcooliques – ICSHA.2 classe A et B – ont été atteints par 82,5 % des établissements. Enfin, 90 % des établissements de santé sont en classe A et B pour l'indicateur ICA-LISO ; ces résultats reflètent l'investissement important des établissements de santé ayant une activité de chirurgie ou d'obstétrique dans la mise en œuvre des actions de prévention et d'évaluation du risque infectieux en chirurgie.

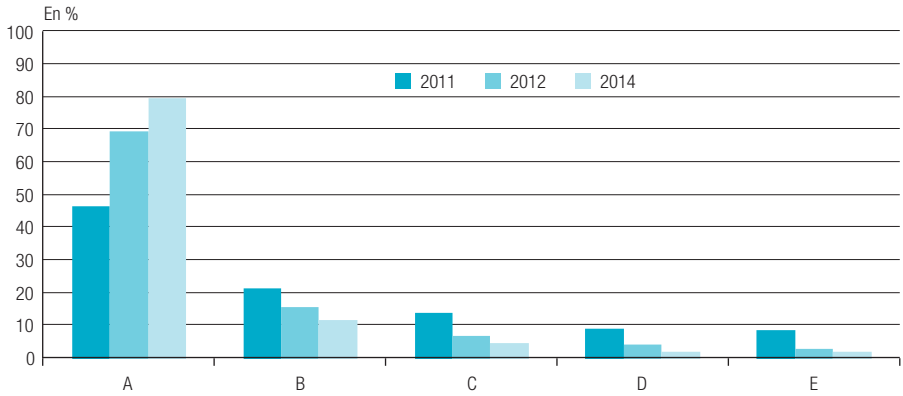
Le plus haut niveau de performance en matière de prévention des IN (classe A et B de l'ICALIN.2) était atteint par sept établissements sur dix en 2011 et neuf sur dix en 2014 (graphique). ■

Tableau Répartition des établissements de santé par classe de performance en 2014

Catégories d'établissements	ICALIN.2 2014	ICA-LISO 2014	ICSHA.2 2014
	Pourcentage A + B*	Pourcentage A + B*	Pourcentage A + B*
Centres hospitaliers régionaux/universitaires (CHR/CHU)	100	83,1	100
Centres hospitaliers généraux (CH) < 300 LP	88,6	83,5	87
Centres hospitaliers généraux (CH) > 300 LP	94,9	84,3	96,7
Établissements de santé mentale	88,9	nc	80,7
Hôpitaux locaux	88,0	nc	75,7
Établissements privés MCO < 100 LP	91,2	92,2	86,8
Établissements privés MCO > 100 LP	93,7	92,7	88,9
Établissements SSR	91,0	100 (effectif=1)	72,7
Établissements SLD	86,7	nc	77,8
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	94,7	89,5	100
Hospitalisation à domicile	94,0	nc	83,7
Autres**	94,0	nc	86,4
Ensemble	**91,2**	**90,1**	**82,5**

LP : lits et places. SSR : soins de suite et de réadaptation. SLD : soins de longue durée.
* Il s'agit du pourcentage d'établissements classés en A et B sur une échelle allant de A à E, A étant la classe la plus performante, E la moins performante.
** Établissements de type maisons d'enfants à caractère sanitaire et social, centres d'hémodialyse, etc.
nc : non concerné par l'indicateur pour certains établissements du fait de leur activité.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > Tableau de bord des infections nosocomiales 2014 – Rapport national 2014 établi par la DGOS.

Graphique Évolution d'ICALIN.2 entre 2011 et 2014



Note > L'échelle va de A à E, A étant la classe la plus performante, E la moins performante. ICALIN.2 est le recueil optionnel en 2013.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > Tableau de bord des infections nosocomiales 2014 – Rapport national 2014 établi par la DGOS.

Champ

Établissements de santé publics et privés en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

• **ICALIN.2** : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2. Il reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé et de ses personnels et se centre sur les actions du programme national de prévention des IN 2009-2013, notamment les infections graves et évitables.

• **ICSHA.2** : indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains version 2. Il est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains, une mesure clé de prévention des infections nosocomiales.

• **ICA-LISO** : indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire. Il remplace l'indicateur SURVISO (surveillance des infections sur site opératoire) et reflète l'organisation, les moyens et les actions mis en place pour lutter contre les infections du site opératoire (pour les établissements de santé ayant une activité de chirurgie ou d'obstétrique).

Pour en savoir plus

• Dossier « Infections nosocomiales » sur le site du ministère de la Santé.

• Scope Santé, site de diffusion publique des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé.

Sources

Tableau de bord des infections nosocomiales – Rapport national établi par la Direction générale de l'offre de soins.

27 La naissance : les maternités

Depuis les années 1970, diverses mesures prises par les pouvoirs publics ont construit un nouveau cadre juridique (décrets, plans Périnatalité) pour encadrer la pratique des accouchements et réduire les risques pour l'enfant et la mère. Cela s'est traduit par un long processus de restructuration et de concentration des maternités, dont le nombre a diminué en même temps que la taille augmentait.

Un nouveau cadre juridique en deux étapes…

La première étape débute avec la parution, en 1972, du décret Dienesch, applicable aux cliniques privées d'accouchement, qui impose des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique. Quinze lits minimum étaient notamment requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité. La même année, des normes identiques à celles du décret Dienesch ont été mises en œuvre dans le secteur public. La seconde étape est amorcée avec la parution des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 qui définissent règlementairement trois types différents de maternités, pour prendre en charge les grossesses selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter, grâce à un suivi prénatal précoce, les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de leur risque. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007.

… qui s'est traduit par un mouvement régulier de concentration et de spécialisation

Dans le secteur privé, la parution en 1972 du décret Dienesch a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Dans le secteur public, ce sont les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes, qui ont été touchées. Avec l'application des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, la diminution du nombre de maternités s'est poursuivie entre 1996 et 2014, au profit des maternités de types 2 et 3. Le nombre de maternités est passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 518 en 2014 en France métropolitaine, hors le service de santé des armées (SSA)[1]. Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux depuis trente ans, alors que la natalité en France métropolitaine est restée dynamique sur toute la période, avec 710 000 à 800 000 naissances par an (graphique 1). Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté durant cette période : il est passé de 22 accouchements par lit en moyenne en 1975 à 47 fin 2014, avec une réduction conjointe de la durée moyenne de séjour de huit jours en 1975 à moins de cinq jours en 2014.

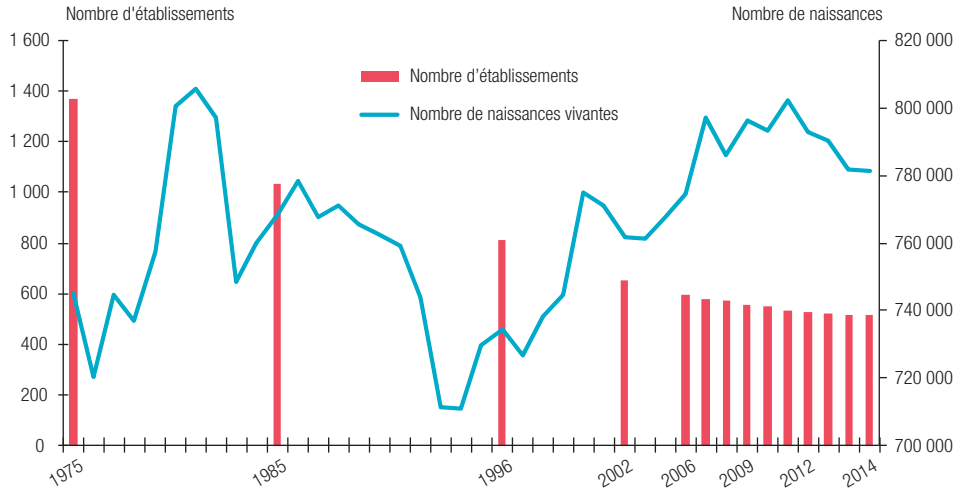
Une part croissante d'accouchements dans les maternités de types 2 et 3

En 2014, on dénombre 540 maternités en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA : 237 maternités dites de « type 1 », 234 de type 2 et 69 de type 3. Elles totalisent 17 400 lits d'obstétrique et ont réalisé environ 806 000[2] accouchements dont 800 000 sans décès d'enfant. Les maternités disposant d'un service de néonatologie ou de réanimation néonatale (type 2

1. Les données disponibles pour les années les plus anciennes sont hors DROM et hors SSA.
2. Non compris les accouchements hors établissements et transférés en service obstétrique (environ 3 300 en 2014).

ou 3), qui représentent 56 % des 540 maternités, sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (80 % des maternités de type 2 et 100 % des maternités de type 3). Elles concentrent 71 % des lits et 76 % des accouchements. À titre de comparaison, en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de type 2 ou 3 (hors SSA) s'élevait à 43 % (tableau). Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2014, contre la moitié en 2002. En 2014, près de 40 % des maternités de France métropolitaine réalisent au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996 (graphique 2). Seulement 4 % des maternités prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année ; cette proportion était de 12 % en 1996. La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2014, une maternité de type 1 effectue en moyenne 816 accouchements par an, une maternité de type 2 en accomplit 1 724, et une maternité de type 3 en réalise 3 076 pour la France métropolitaine, hors SSA. ■

Graphique 1 Évolution du nombre des naissances vivantes et des maternités de 1975 à 2014



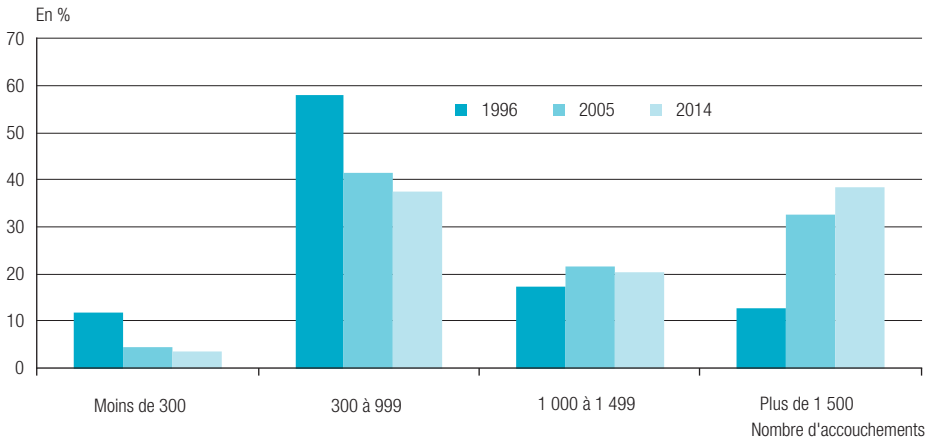
Champ > France métropolitaine hors SSA.
Sources > INSEE, état civil ; DREES, H74 et statistique des établissements hospitaliers privés pour 1975, EHP et H80 pour 1985, SAE 1996, 2002, 2005 à 2014, traitements DREES.

Tableau Répartition des accouchements selon le niveau de la maternité d'accueil en 1996, 2005 et 2014

	Année	Niveaux de spécialisation			Total
		Type 1	Type 2	Type 3	
Nombre d'établissements	1996	564	250		**814**
	2005	321	210	62	**593**
	2014	230	226	62	**518**
Nombre d'accouchements	1996	409 894	315 443		**725 337**
	2005	268 643	339 309	156 578	**764 530**
	2014	187 654	389 568	190 643	**767 865**
Part d'accouchements	1996	57 %	43 %		**100 %**
	2005	35 %	44 %	20 %	**100 %**
	2014	24 %	51 %	25 %	**100 %**

Note > En 1996, les définitions de niveau existaient déjà, sans être réglementaires (Ruffié A., *et al.*, 1998).
Champ > France métropolitaine, hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996, 2005 et 2014, traitements DREES.

Graphique 2 Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2005 et 2014



Champ > France métropolitaine hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996, 2005 et 2014, traitements DREES.

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors centres périnatals de proximité, sauf indications contraires.

Définitions

• **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique.

• **Type de maternité** : les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Trois types de maternités sont ainsi définis : un établissement est dit de « type 1 » s'il possède un service d'obstétrique, de « type 2 » s'il a un service de néonatologie sur le même site que le service d'obstétrique, de « type 3 » s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de réanimation néonatale et d'un service de néonatologie.

• **Naissances** : en 1977, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini un critère de viabilité qui comptabilise les naissances après au moins 22 semaines d'aménorrhée, ou les enfants – ou fœtus – pesant au moins 500 grammes. En 2008, un changement législatif est intervenu : le décret n° 2008-800 du 20 août 2008 a redéfini la notion d'enfant sans vie. Désormais, l'acte d'enfant sans vie est établi sur la base d'un certificat médical d'accouchement. Le nouveau dispositif n'est donc plus fondé sur le seuil de viabilité défini par l'OMS. Cependant, ce seuil conserve son caractère indispensable pour l'élaboration des statistiques sanitaires.

Pour en savoir plus

• Baillot A., Evain F., 2012, « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », *Études et Résultats*, n° 814, DREES, octobre.

• Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 776, DREES, octobre.

• Vilain A., 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 775, DREES, octobre.

• Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », dans *Les Établissements de santé – Un panorama pour l'année 2007*, Études et Statistiques, 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, DREES, mars.

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

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

Sources

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

28 La naissance : caractéristiques des accouchements

Depuis plusieurs années, les conditions de prise en charge autour de la naissance évoluent avec, notamment, l'amélioration de l'adéquation entre l'équipement des maternités et le niveau de risque encouru par les mères et les nouveau-nés. Le taux de césariennes, en augmentation constante jusqu'en 2007, s'est depuis stabilisé autour de 20 %.

Une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés présentant des risques

Les maternités de types 2 et 3 prennent en charge les trois quarts des accouchements, bien qu'elles ne représentent qu'un peu plus de la moitié des maternités (56 % en 2014). Par ailleurs, elles reçoivent la majorité des femmes et des nouveau-nés présentant le plus de risques. Selon les données de la SAE et du PMSI-MCO en 2014, près de 90 % des naissances multiples, des naissances d'enfants de moins de 2 500 grammes et des naissances prématurées ont lieu, en effet, dans une maternité de type 2 ou 3 (graphique). Lorsque le travail ne se présente pas dans de bonnes conditions et que les mères se trouvent dans une maternité ne disposant pas d'un environnement adapté, certaines patientes peuvent être orientées vers des structures de type supérieur (type 2 ou 3). Ainsi, en 2014, 1 200 femmes ont été transférées dans une maternité de type 2 et 1 700 vers une maternité de type 3[1].

Un taux de césariennes stable et à un niveau modéré par rapport aux autres pays européens

Entre 2000 et 2007, le taux de césariennes a augmenté de manière régulière. Il est passé de 17,4 % en 2000 à 20,2 % en 2007. Depuis, il semble se stabiliser (20,2 % en 2014) [tableau 1]. Les taux de césariennes des maternités, quel que soit leur type, sont peu éloignés (il est très légèrement plus élevé pour les maternités de type 3, avec 20,9 %), ce qui signifie qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de type élevé pratiquent moins souvent les césariennes. À titre de comparaison, en 2010, la France était au 11e rang parmi l'ensemble des pays européens pour son taux global de césariennes.

Une augmentation des naissances multiples

Si la part des accouchements uniques est largement majoritaire (plus de 98 % d'entre eux), on constate une augmentation faible, mais continue, du nombre d'accouchements multiples, entre 1997 et 2014. En effet, alors qu'ils représentaient 1,4 % de l'ensemble des accouchements en 1997, leur part s'établit désormais à 1,7 % en 2014, en lien avec le développement de la procréation médicalement assistée et l'augmentation de l'âge moyen à la maternité.

Des séjours plus courts

En 2014, la durée moyenne d'un séjour pour accouchement est inférieure à cinq jours, soit une baisse de plus d'une demi-journée par rapport à 2003 (tableau 2). Cette diminution a concerné aussi bien le secteur public que le secteur privé, et il n'y a, au total, pas de différence marquante de durée moyenne de séjour selon le statut de l'établissement. En revanche, le mode d'accouchement influe grandement sur la durée du séjour. Ainsi, la durée moyenne d'un séjour pour un accouchement par césarienne est de 6,7 jours en 2014, contre seulement 4,3 jours pour un accouchement par voie basse. Pour ces deux modes d'accouchement, les durées moyennes de séjour baissent depuis 2003. ■

1. Il s'agit du nombre de femmes transférées pour accouchement dans le cadre d'une hospitalisation dans un autre établissement MCO (depuis la refonte de la SAE en 2013, ce nombre est calculé à l'aide du PMSI-MCO). Avant la refonte, les femmes transférées depuis une consultation externe étaient également comptabilisées.

Champ

Maternités de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), hors centres périnatals de proximité, mais y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

• **Maternités** : les établissements dénombrés ici sont des établissements géographiques disposant d'une autorisation d'obstétrique.

• **Types de maternité** : les décrets de périnatalité du 9 octobre 1998 ont posé un cadre d'organisation des soins en réseau, afin de garantir une meilleure adéquation entre le niveau de risque de la patiente et du nouveau-né et le type de la maternité d'accueil. Trois types de maternité sont ainsi définis : un établissement est dit de « type 1 » s'il possède un service d'obstétrique, de « type 2 » s'il a un service de néonatologie sur le même site que le service d'obstétrique, et de « type 3 » s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, d'un service de néonatologie et d'un service de réanimation néonatale.

• **Accouchements** : en cas de naissance multiple, on ne comptabilise qu'un seul accouchement.

Pour en savoir plus

• Rapport 2015, *L'État de santé de la population en France*, Études et Statistiques, DREES.

• Séjourné N., Callahan S., 2013, « Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans péridurale », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42.

• Coulm B., Blondel B., 2013, « Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 42.

• Vilain A., 2011, « La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 775, DREES, octobre.

• Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010. Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 776, DREES, octobre.

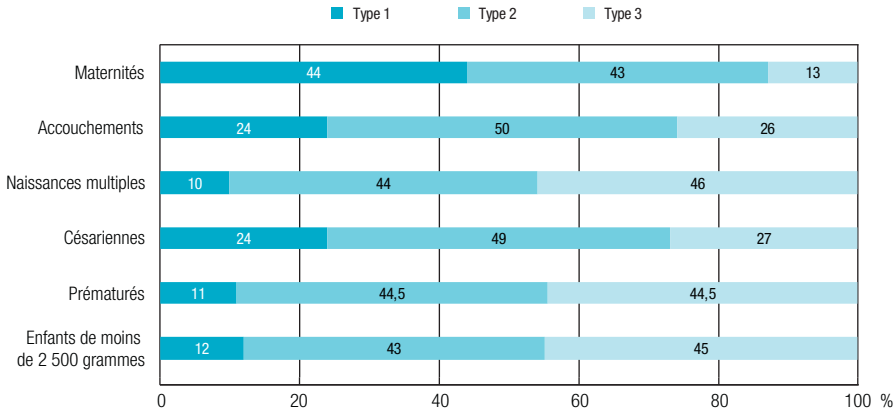
• Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de 30 ans d'évolution », *Les Établissements de santé, un panorama pour l'année 2007*, DREES.

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

Sources

La Statistique annuelle des établissements (SAE) décrit l'activité des établissements de santé (entrées et journées en hospitalisation complète, venues en hospitalisation partielle, séances, etc.) et les facteurs de production associés (lits, places, équipements, personnel). Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), mis en place par la 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.

Graphique Caractéristiques de l'activité par type de maternité en 2014



Champ > Ensemble des naissances en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014 et ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES.

Tableau 1 Évolution des taux de césariennes par type de maternité

En %

	Types de maternité	2000	2009	2014
Taux de césariennes	Type 1	17,2	19,8	20,2
	Type 2	16,8	19,7	19,9
	Type 3	19,0	21,1	20,9
	Ensemble	**17,4**	**20,1**	**20,2**

Champ > Accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte en 2014), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2000, 2009 et 2014, traitements DREES.

Tableau 2 Évolution de la durée des séjours pour accouchement selon le statut de l'établissement et le mode d'accouchement

En jours

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2003	2014	2003	2014	2003	2014	2003	2014
Accouchements par voie basse	4,9	4,4	4,9	4,2	5,0	4,2	4,9	4,3
Accouchements par césarienne	8,3	7,0	7,8	6,0	7,6	6,1	8,0	6,7
Ensemble des accouchements	**5,5**	**4,9**	**5,5**	**4,6**	**5,5**	**4,6**	**5,5**	**4,8**

Champ > Accouchements en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte en 2014), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2003 et 2014, traitements DREES.

29 La médecine d'urgence

En 2014, en France métropolitaine et dans les DROM, 723 structures des urgences situées dans 643 établissements de santé ont traité 19,7 millions de passages, soit une progression de 4 % par rapport à 2013. Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 103 SAMU et 414 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge préhospitalière et le transport des malades. Le secteur public prend en charge la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence.

Depuis les décrets de mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence, cette activité est autorisée selon trois modalités. La régulation des appels est faite par les services d'aide médicale urgente (SAMU). Les patients sont ensuite, si leur état le nécessite, pris en charge à domicile (ou sur la voie publique, le lieu de travail, etc.) par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), qui peut être une structure permanente ou saisonnière. Enfin, les patients pris en charge par le SMUR sont transportés vers la structure des urgences la plus proche et disposant du plateau technique le plus adapté à leur état. Dans certains territoires, où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes, des médecins correspondants du SAMU, médecins de premier recours formés à l'urgence, peuvent intervenir en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale. Les structures d'urgence accueillent les patients se présentant directement, de leur propre initiative ou sur avis médical.

L'organisation de la médecine d'urgence

La médecine d'urgence se compose donc de trois types de services : les structures des urgences, les SAMU et les SMUR. Un SMUR ne peut être autorisé à fonctionner que s'il est rattaché à une structure des urgences. En 2014, en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), 643 établissements de santé ont une autorisation d'accueil des urgences pour un total de 723 structures (un établissement pouvant avoir une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques). On dénombre également 414 SMUR et 103 SAMU (tableau 1). La médecine d'urgence est prise en charge essentiellement par le secteur public : 77 % des structures des urgences relèvent, en effet, de ce secteur, tandis que 17 % d'entre elles dépendent du secteur privé à but lucratif et seulement 6 % du secteur privé à but non lucratif. La quasi-totalité des SMUR (98 %) sont implantés dans des établissements publics et les SAMU sont exclusivement publics.

Des services spécialisés en pédiatrie ou des filières d'accueil spécifiques le cas échéant

Les autorisations des SMUR et des structures des urgences peuvent être générales ou pédiatriques. Dans les faits, elles sont majoritairement générales. En effet, seulement 13 % des structures des urgences et 6 % des SMUR sont autorisés en pédiatrie. Lorsqu'une structure des urgences n'est pas pédiatrique, elle peut en revanche prendre en charge les enfants dans une filière de soins dédiée, en collaboration avec une structure de pédiatrie. Par ailleurs, si une structure des urgences sur quatre relève du secteur privé à but non lucratif ou lucratif, c'est le cas de seulement 5 % de celles autorisées en pédiatrie.

Structure des urgences : un nombre annuel de passages en hausse

En 2014, les 723 structures des urgences de la France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris le SSA, ont pris en charge 19,7 millions de passages, soit une progression de 4 % par rapport aux flux observés en 2013 (tableau 2). Sur une plus

Tableau 1 Nombre d'établissements de santé sièges de services d'urgences en 2014 selon le statut et l'autorisation

Établissements	Publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	Ensemble
Structures des urgences				
Structures générales	390	34	122	546
Structures générales et pédiatriques*	76	4	0	80
Structures pédiatriques	16	1	0	17
Ensemble	**482**	**39**	**122**	**643**
SMUR				
SMUR général	383	7	0	390
SMUR général et pédiatrique	16	0	0	16
SMUR pédiatrique	8			8
Ensemble	**407**	**7**	**0**	**414**
SAMU	**103**	**0**	**0**	**103**

* Les 80 établissements comportant une structure d'urgences générales et une structure d'urgences pédiatriques totalisent 160 structures d'urgences.
Note > Une structure des urgences est générale si elle accueille des adultes et des enfants, exclusivement pédiatrique si elle n'accueille que des enfants. 80 établissements ont une autorisation pour les urgences générales et pédiatriques.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Tableau 2 Nombre de passages aux urgences en 2014 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2014	Évolution 2013-2014 (en %)	2014	Évolution 2013-2014 (en %)	2014	Évolution 2013-2014 (en %)	2014	Évolution 2013-2014 (en %)
Structures générales	10 532 090	4,1	754 880	6,1	2 520 836	5,7	13 807 806	4,5
Structures pédiatriques	631 034	1,6	57 573	3,2	0	-	688 607	1,8
Structures générales et pédiatriques	4 959 303	3,6	238 771	2,5	0	-	5 198 074	3,5
urgences générales	3 442 404	2,2	146 264	1,7	0	-	3 588 668	2,2
urgences pédiatriques	1 516 899	6,8	92 507	3,7	0	-	1 609 406	6,6
Ensemble	**16 122 427**	**3,9**	**1 051 224**	**5,1**	**2 520 836**	**5,7**	**19 694 487**	**4,1**

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2013-2014, traitements DREES.

longue période, le nombre annuel de passages continue de progresser après une pause en 2010. En 1996, le nombre annuel de passages s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine, hors SSA, et a connu une augmentation de 3 % en moyenne chaque année (graphique). La part des passages aux urgences du secteur privé (pris dans sa globalité) s'établit à 18 % en 2014. La permanence des soins est ouverte à l'ensemble des établissements de santé depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires, y compris aux cliniques privées.

Des structures majoritairement de petite taille

Les structures des urgences accueillent chacune, en moyenne, 27 000 patients par an, avec un nombre moyen de passages plus faible dans les services pédiatriques que dans les structures des urgences générales (24 000 passages en moyenne par an contre 28 000). Par ailleurs, les structures générales des établissements privés à but lucratif sont de plus petite taille que celles des établissements publics et enregistrent en moyenne 21 000 passages annuels, contre 30 000 dans le secteur public. Tous secteurs confondus, les petites unités sont les plus nombreuses : 23 % des unités d'urgences traitent moins de 15 000 passages par an et six structures sur dix, moins de 30 000. À l'autre extrémité, 20 % des structures enregistrent plus de 40 000 passages par an et traitent 39 % de l'ensemble des passages. ■

Champ

Établissements publics et privés de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), bénéficiant en 2014 d'une autorisation d'accueil et de traitement des urgences (articles R6123-1 à R6123-32 du Code de la 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 de sortie. Sont pris en compte les passages aux urgences déclarés par les établissements ayant l'autorisation pour les activités d'urgences générales et pédiatriques. Ne sont pas pris en compte ceux déclarés par les établissements sans autorisation et les structures d'urgences spécialisées.

Pour en savoir plus

• Ricroch L.,Vuagnat A, 2015, « Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins », *Études et Résultats*, n° 929, DREES, août.

• Actes du colloque du 18 novembre 2014, « Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières », 2015, *Dossiers solidarité et santé*, n° 63, DREES, juin.

• Ricroch L., 2015, « Les urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité », *Études et Résultats*, n° 906, DREES, mars.

• Boisguérin B., Brilhault G., Ricroch L.,Valdelièvre H., Vuagnat A., 2015 « Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES », *Le Panorama des établissements de santé – édition 2014*, DREES.

• Boisguérin B., Valdelièvre H., 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et Résultats*, n° 889, DREES, juillet.

• Vuagnat A., 2013, « Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? », *Le Panorama des établissements de santé – édition 2013*, DREES.

• Carrasco V., 2006, « L'activité des services d'urgences en 2004 : une stabilisation du nombre de passages », *Études et Résultats*, n° 524, DREES, septembre.

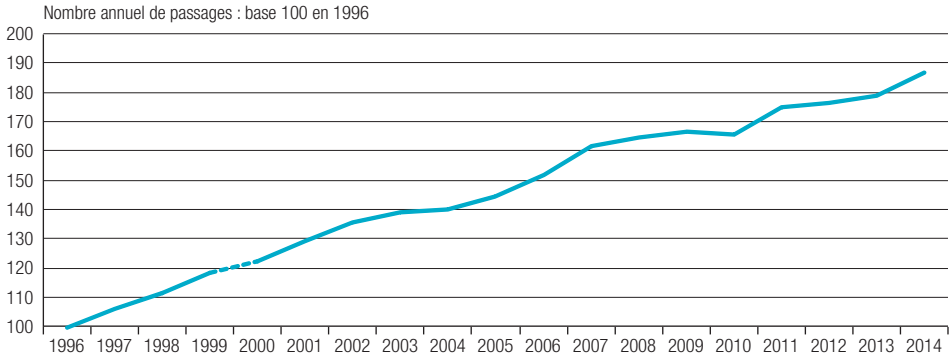
• Baubeau D., Carrasco V., 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, n° 215, DREES, janvier.

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

Sources

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'équipement, l'activité (nombre et orientation des passages) et le personnel (médecins, infirmiers et assistants de service social) des unités d'accueil et de traitement des urgences. Le bordereau a été modifié à compter de la SAE 2007 pour se conformer à la nouvelle législation relative à la médecine d'urgence à la suite des décrets du 22 mai 2006. Les données présentées sont issues des bordereaux « structures des urgences et SAMU SMUR » de la SAE rénovée en 2014. Des corrections ont été apportées aux réponses brutes déclarées par les établissements, notamment concernant les autorisations.

Graphique Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Note > Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.
Champ > France métropolitaine, hors SSA.
Sources > DREES, SAE 1996-2014, traitements DREES.

30 Les interruptions volontaires de grossesse

Selon la Statistique annuelle des établissements de santé et le PMSI, 187 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en établissement de santé pour la France métropolitaine et les DROM (y compris Mayotte) en 2014. Si l'on ajoute les 36 700 IVG médicamenteuses pratiquées en cabinet de ville et les 2 950 IVG réalisées en centre de santé, centre de planification ou d'éducation familiale, autorisées depuis mai 2009, le total représente 226 000 IVG en 2014. En établissement, 8 IVG sur 10 sont réalisées à l'hôpital public.

Le taux d'IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 15,5. Il s'établit à 15 en Métropole et varie du simple au triple d'un département à l'autre : de 8 IVG dans l'Ain, la Haute-Loire et la Haute-Saône à 24 en Corse du Sud (carte 1). L'Ile-de-France et tout le sud-est de la Métropole se singularisent par des taux de recours à l'IVG bien supérieurs à la moyenne, proches de 20 IVG pour 1 000 femmes. Dans les DROM, les taux de recours, largement supérieurs à ceux observés en Métropole, s'élèvent à 21 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 et 49 ans en 2013 à La Réunion, 26 en Martinique, en Guyane et à Mayotte et 40 en Guadeloupe.

Un taux de recours constant et une progression de la méthode médicamenteuse

Le nombre d'IVG est quasi stable depuis une dizaine d'années. Il diminue en milieu hospitalier, du fait d'un report vers les IVG médicamenteuses réalisées en cabinet libéral où elles sont autorisées depuis 2004 (graphique 1), et, dans une moindre mesure, depuis leur autorisation en mai 2009 en centre de santé ou en centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF). En milieu hospitalier, les IVG médicamenteuses sont désormais stables, tandis que les IVG chirurgicales continuent à diminuer. Le taux de recours à l'IVG des femmes demeure stable depuis 2006 (graphique 2). L'indice conjoncturel d'IVG, correspondant à la somme des taux d'IVG de chaque âge, permet d'évaluer le nombre moyen d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux de recours de l'année considérée. Cet indice, qui permet de gommer les effets de l'évolution dans le temps de la structure d'âge des femmes, est de 0,55 IVG par femme en 2014. Il est quasiment stable depuis 2006. Au total, en ville ou en établissement, la méthode médicamenteuse est utilisée pour 59 % des IVG, contre 47 % en 2006.

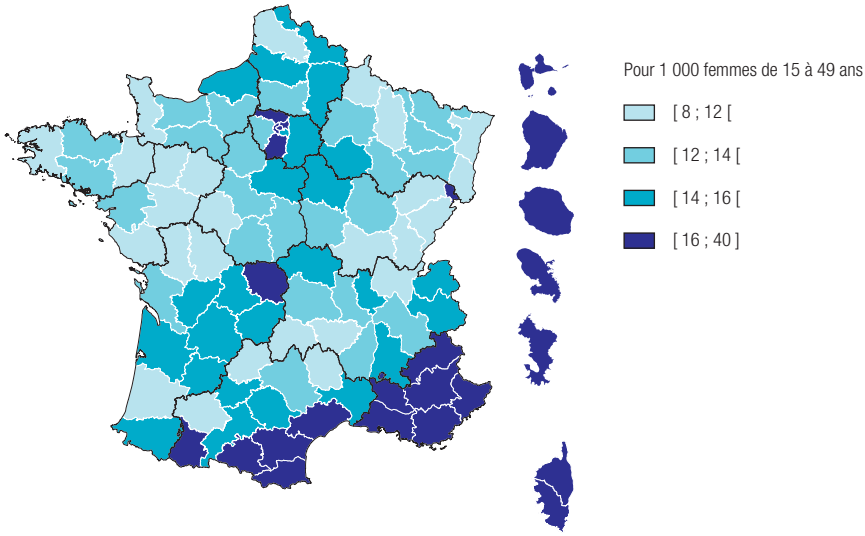
Une IVG médicamenteuse sur quatre est réalisée hors structure hospitalière

En 2014, 36 700 IVG médicamenteuses ont été réalisées en cabinet de ville (tous régimes d'assurance maladie confondus, y compris le régime agricole et celui des indépendants) et 2 950 en centre de santé ou en CPEF, soit 18 % du total des IVG et 30 % des IVG médicamenteuses. Mais cette proportion demeure très inégale selon les régions. Les IVG en centre de santé sont encore très peu nombreuses : elles représentent 1 % du total des IVG. Leur diffusion est limitée : un tiers ont eu lieu en Ile-de-France, alors que cette région totalise moins du quart de l'ensemble des IVG.

La part du secteur privé continue de décroître

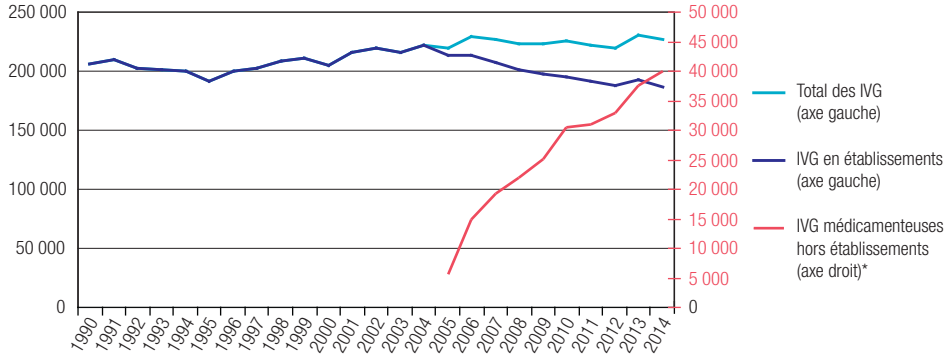
En 2014, la prise en charge des IVG a été assurée par 564 établissements, dont 69 % sont des établissements publics. La part, élevée, de ce secteur dans la prise en charge des IVG en établissement continue de croître : en 1990, 60 % des IVG étaient réalisées dans le secteur public, 69 % en 2002, 72 % en 2005 et 82 % en 2014. Plus de trois IVG hospitalières sur quatre sont prises en charge par le secteur public dans toutes les régions, sauf trois : Guyane, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées (carte 2).

Carte 1 Les recours à l'IVG en 2014



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014 ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAMTS, SNIIRAM, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1er janvier 2014. Chiffres de 2013 pour les DROM (y compris Mayotte pour une population estimée au 1er janvier 2014).

Graphique 1 Évolution du nombre des IVG depuis 1990



* Forfait médicament de ville (FMV) : de 2005 à 2009, selon la date de liquidation et régime général ; à partir de 2010, selon la date de soins et tous régimes.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte depuis 2012), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE ; CNAMTS, SNIIRAM (forfait médicaments de ville, tous régimes), traitements DREES.

Près de 1 300 praticiens conventionnés pratiquent des IVG dans leur cabinet

Les données de la CNAMTS répertorient 713 gynécologues et 501 omnipraticiens ayant réalisé une IVG dans leur cabinet de ville en 2014. 95 centres de santé, centres de planification ou d'éducation familiale, se sont vu rembourser un forfait. La SAE recense 419 ETP de médecins participant à l'activité IVG dans les établissements de santé[1]. ■

1. Le nouveau bordereau « périnatalité » recense le nombre de médecins (salariés ou non), participant à l'activité IVG, en équivalent temps plein (ETP), alors que le précédent bordereau recensait le nombre de salariés en ETP ainsi que le nombre de libéraux exclusifs et non exclusifs concernés, sans notion d'ETP.

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA).

Définitions

• **L'évolution de la législation** : la loi du 4 juillet 2001 a introduit une première modification des règles de recours à l'IVG, en portant le délai maximal de recours autorisé de 10 à 12 semaines de grossesse. L'IVG médicamenteuse est pratiquée en établissement depuis 1989. La loi du 4 juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent aux femmes de recourir à une IVG médicamenteuse également dans le cadre de la médecine de ville jusqu'à cinq semaines de grossesse. Cet acte doit être effectué sous la surveillance d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste justifiant d'une expérience professionnelle adaptée et travaillant en réseau avec un établissement de santé avec lequel il a passé une convention. La loi du 19 décembre 2007 et le décret d'application de mai 2009 ont étendu ce dispositif aux centres de santé et aux centres de planification ou d'éducation familiale. Le tarif payé aux établissements de santé pratiquant l'IVG a été revalorisé de 50 % le 31 mars 2013. Tous les actes nécessaires pour une IVG sont remboursés à 100 % à partir du 1er avril 2016.

Pour en savoir plus

• Vilain A., Mouquet M.-C., 2015, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2013 », *Études et Résultats*, n° 924, DREES, juillet.

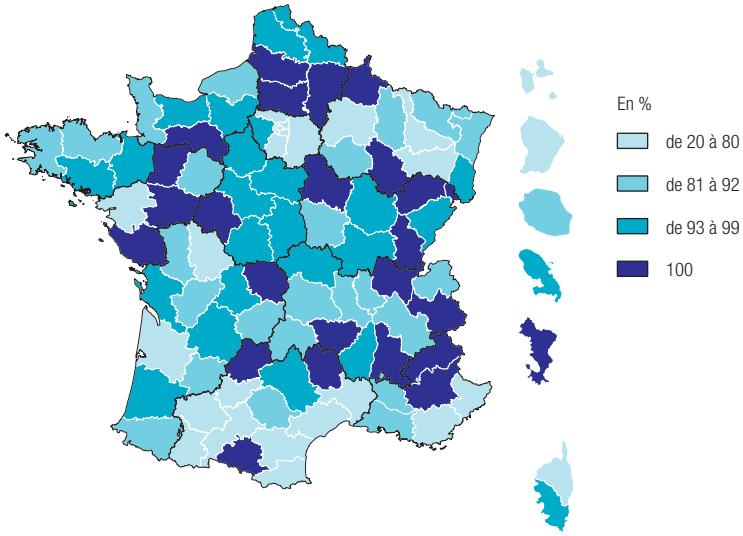
• « L'interruption volontaire de grossesse », *La Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2011.

• *L'État de santé de la population en France, rapport 2015*, Études et Statistiques, DREES.

Sources

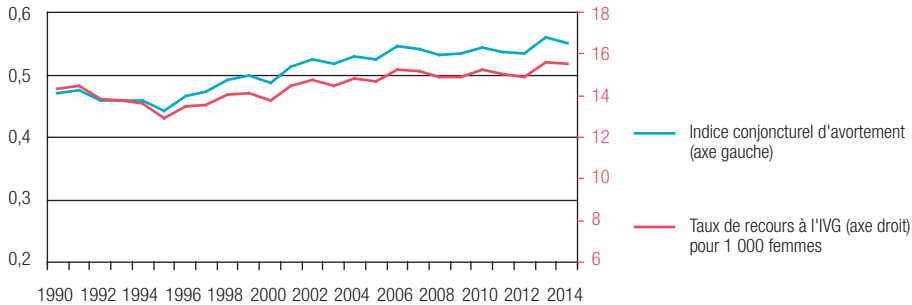
La Statistique annuelle des établissements (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements de santé et, pour les IVG, l'activité et les personnels travaillant au sein des services. Le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) permet de recueillir des données individuelles, avec des indications sur l'âge de la femme et son lieu de domicile. Depuis 2014, ce sont les données du PMSI qui alimentent la SAE pour déterminer le nombre des IVG. La CNAMTS (SNIIRAM) recueille le nombre de forfaits remboursés concernant des IVG réalisées en cabinet libéral, en centres de santé et centres de planification ou d'éducation familiale par méthode médicamenteuse, y compris pour la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) depuis 2010.

Carte 2 Part du secteur public parmi les IVG réalisées en établissement en 2014



Note > Les deux premières bornes correspondent aux quartiles 1 et 2. Pour le reste, les établissements à 100 % ont été isolés.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution du nombre d'IVG pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans et indice conjoncturel d'avortement



Note > Le taux de recours est calculé en rapportant le nombre total d'IVG à l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans. L'indice conjoncturel d'avortement correspond à la somme des taux d'IVG de chaque âge.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte depuis 2012), y compris SSA, mais non compris Mutualité sociale agricole et Régime social des indépendants jusqu'en 2009.
Sources > DREES, SAE ; ATIH, PMSI-MCO ; CNAMTS, SNIIRAM, traitements DREES ; INSEE, population par âge.

La situation économique du secteur

31 La part des établissements de santé dans la consommation de soins

Avec 88,6 milliards d'euros en 2014, le secteur hospitalier (établissements des secteurs public et privé) représente 46,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. L'Assurance maladie finance 91,1 % des dépenses de soins hospitaliers en 2014.

La consommation de soins hospitaliers s'élève à 88,6 milliards d'euros en 2014

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique), moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et en psychiatrie donne lieu à une dépense de soins s'élevant à 88,6 milliards d'euros en 2014 (tableau 1). À la différence des autres fiches, le secteur hospitalier ne comprend pas, dans les Comptes de la santé, l'hospitalisation de longue durée (souvent appelée long séjour). Celle-ci est comptabilisée avec les autres dépenses de soins de longue durée : soins en établissements pour personnes âgées (EHPA, EHPAD) ou handicapées et services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). La part de la consommation de soins hospitaliers dans l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est croissante dans le temps : elle est passée de 45,9 % en 2006 à 46,5 % en 2014. Pour la situer dans l'ensemble de l'économie, la consommation de soins hospitaliers représente 5,8 % de la consommation finale effective des ménages en 2014. Cette part a légèrement augmenté depuis 2006 (+0,4 point) [graphique 1]. De 2006 à 2014, la consommation de soins hospitaliers progresse en moyenne à un rythme proche de celui de la consommation totale de soins et de biens médicaux (graphique 2). Elle est légèrement au-dessus de la consommation totale de la CSBM en 2008, 2009 et 2013 et légèrement en dessous pour les autres années.

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'élève à 68,3 milliards d'euros en 2014. Elle croît de 2,2 % en valeur en 2014. Cette croissance est inférieure à celle observée les années précédentes (+2,6 % par an en moyenne entre 2009 et 2013 après +3,5 % par an entre 2006 et 2009). Dans le secteur privé hospitalier, qui comporte principalement les cliniques privées, la consommation de soins (y compris les honoraires perçus en établissement) s'est élevée à 20,3 milliards d'euros en 2014. Après un taux de croissance atypiquement bas en 2013 (+1,3 %), la croissance de la consommation de soins en secteur privé s'élève à 2,6 %, un rythme proche de celui observé entre 2009 et 2012 (+2,7 % par an en moyenne).

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins hospitaliers : 91,1 % en 2014. En comparaison, l'Assurance maladie finance 76,6 % de l'ensemble de la CSBM (graphique 3). En effet, une grande partie des séjours donnent lieu à une facturation sans ticket modérateur, compte tenu de leur motivation par une affection de longue durée (ALD) ou de leur tarif. L'intervention des autres financeurs est donc très faible. La part des organismes complémentaires est cependant en progression depuis 2006 (5,3 % en 2014 contre 4,4 % en 2006), tandis que la part de la Sécurité sociale diminue (91,1 % en 2014 contre 92 % en 2006). Ces évolutions s'expliquent, d'une part, par les hausses du forfait journalier hospitalier (+1 euro en 2007 et +2 euros en 2010) et des tarifs journaliers de prestations (TJP), qui servent de base au calcul des tickets modérateurs à l'hôpital public, d'autre part, par la mise en place fin 2007 de la participation des assurés de 18 euros pour les actes lourds et le relèvement de son seuil d'application en 2011. ■

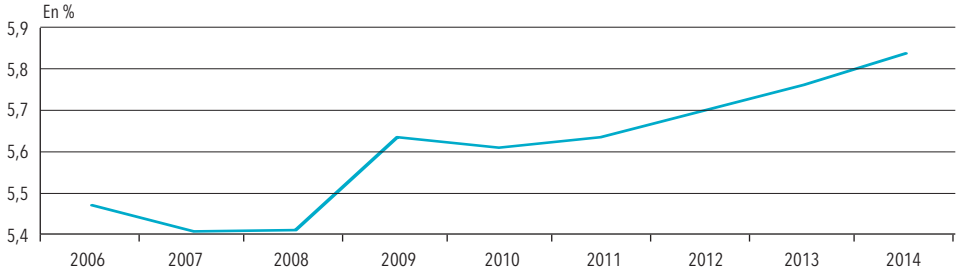
Tableau Consommation de soins hospitaliers et consommation de soins et de biens médicaux depuis 2006

En millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Consommation de soins et de biens médicaux	153 655	159 772	164 762	169 901	173 570	178 373	182 178	185 909	190 636
Consommation de soins hospitaliers, dont :	70 534	72 881	75 299	78 258	80 212	82 370	84 496	86 622	88 573
soins hospitaliers en secteur public	54 385	56 241	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 821	68 267
soins hospitaliers en secteur privé	16 150	16 640	17 360	18 047	18 511	19 075	19 544	19 801	20 306
Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux (en %)	45,9	45,6	45,7	46,1	46,2	46,2	46,4	46,6	46,5

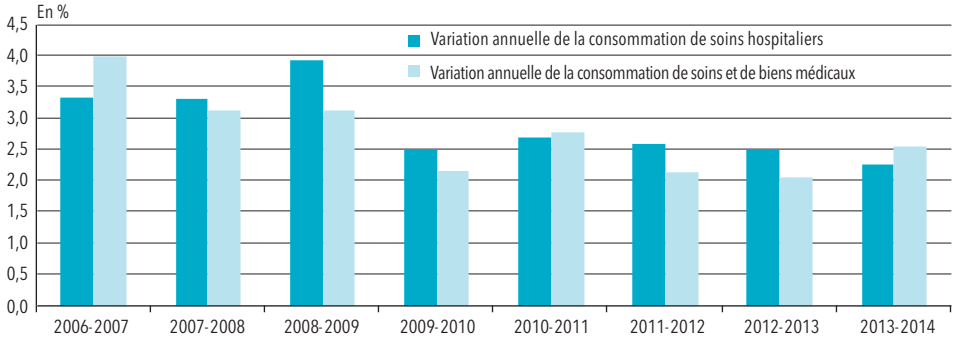
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 2006



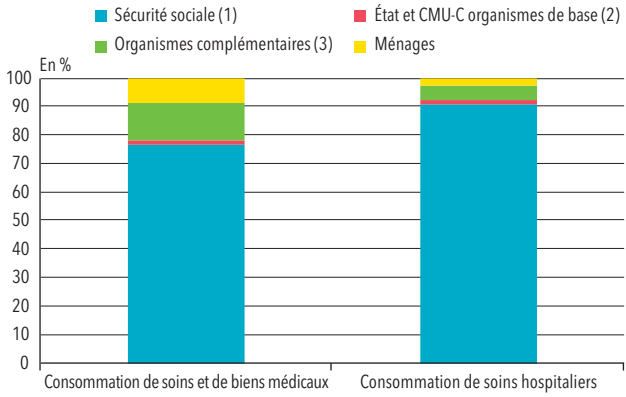
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, Comptes de la santé et INSEE.

Graphique 2 Évolution annuelle de la consommation de soins hospitaliers et de la consommation de soins et de biens médicaux depuis 2006



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 3 Structure de financement de la consommation de soins en 2014



1. Y compris déficit implicite des hôpitaux publics.
2. CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.
3. Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > DREES, Comptes de la santé.

Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici concerne la consommation de soins hospitaliers des établissements de santé des secteurs public et privé en 2014, en France métropolitaine et dans les DROM (y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (soins de longue durée et soins en maisons de retraite) sont exclues.

Définitions

• **Consommation de soins hospitaliers** : ensemble des services (soins et hébergement) fournis par les hôpitaux du secteur public et par les établissements du secteur privé (à but lucratif ou non). 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.

• **Consommation de soins et de biens médicaux** : elle représente la valeur totale des biens et services médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé.

• **Consommation finale effective des ménages** : elle est égale à la somme de la dépense de consommation des ménages et des dépenses individualisables des administrations publiques (pour l'essentiel des dépenses de santé, c'est-à-dire les remboursements de l'Assurance maladie, et les dépenses d'éducation).

Pour en savoir plus

• *Les Dépenses de santé en 2014 – édition 2015*, Études et Statistiques, septembre, DREES.

32 La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif

D'après les premières estimations, en 2014, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteindrait 14 milliards d'euros. Après une baisse en 2012, la rentabilité nette s'accroît depuis 2013 pour atteindre 3,5 % du chiffre d'affaires en 2014. L'endettement des cliniques diminue (35 %) parallèlement à une baisse de l'effort d'investissement.

Depuis 2013, une hausse de la rentabilité…

En 2014, la rentabilité nette des cliniques privées, qui rapporte leur résultat net à leur chiffre d'affaires, est évaluée à 3,5 % (tableau). Elle augmenterait de 1,3 point par rapport à 2013 (graphique 1). Les niveaux de rentabilité sont en fait très variables selon le secteur d'activité. La rentabilité des cliniques du secteur de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) [3 %] augmente de 1,5 point par rapport à 2013. La rentabilité nette des cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) s'accroît régulièrement depuis 2011 pour atteindre 4,9 % en 2014. Les cliniques psychiatriques demeurent les plus rentables en 2014 (6,2 %).

… liée à la mise en place du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi

Pour les années 2013 et 2014, l'amélioration du résultat net est la conséquence d'une augmentation de l'excédent brut d'exploitation (EBE) mesurant les opérations liées à l'exploitation normale et courante de l'établissement. Ainsi, contrairement aux années précédentes, l'EBE enregistre une hausse en 2013 de 0,9 point et en 2014 de 0,6 point : il est estimé à 6,5 % en 2013 et à 7,1 % en 2014. Cet accroissement de l'EBE s'explique en grande partie par une baisse des cotisations sociales relatives aux frais de personnel, elle-même liée à la mise en place, en 2013, du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), avantage fiscal pour les entreprises. Considérant que les cliniques sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont cependant atténué l'effet positif du CICE en 2013 et 2014, puis l'ont neutralisé en 2015, *via* des baisses tarifaires des séjours hospitaliers.

Une clinique sur cinq est en déficit

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaires, masque de fortes disparités. En 2014, un cinquième des cliniques sont en déficit. Cette part est en légère diminution depuis 2013 (21 % en 2014 et 24 % en 2013, contre 28 % en 2012). Elle atteint 23 % dans le secteur MCO, 10 % dans le secteur de la psychiatrie et 23 % pour les cliniques de SSR.

Les investissements continuent de ralentir

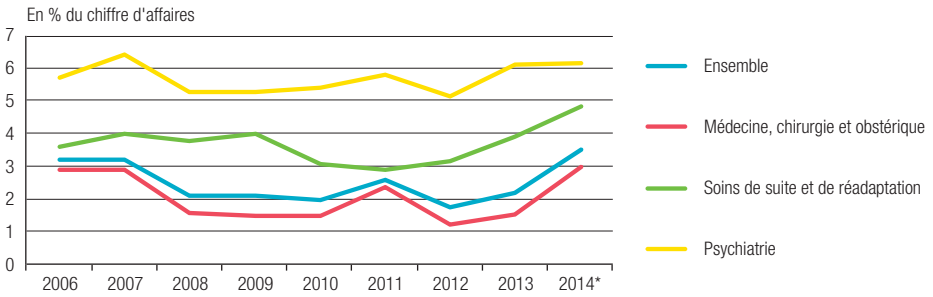
La capacité d'autofinancement (CAF) progresse depuis 2013 : elle atteint près de 6 % du chiffre d'affaires en 2014. Elle augmente pour toutes les catégories d'établissements. Pour les cliniques en MCO, elle est passée de 3,8 % en 2012 à 4,9 % en 2013 et à 5,6 % en 2014. Pour les cliniques de SSR, elle s'accroît en 2013 et 2014 pour atteindre 6,6 % du chiffre d'affaires. Celle des cliniques psychiatriques reste à un niveau élevé (8,6 %). Globalement, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapporté au chiffre d'affaires, continue son ralentissement observé depuis 2007 : en 2014, l'investissement représente 4,1 % du chiffre d'affaires, contre 10,3 % en 2007 (graphique 2). La baisse en 2014 concerne surtout les cliniques de psychiatrie et de SSR. Pour les cliniques de MCO, l'effort d'investissement augmente modérément, passant de 4,1 % du chiffre d'affaires à 4,3 %. À la suite de la baisse des investissements, l'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur les capitaux permanents, continue de diminuer en 2014 pour atteindre 35 % des capitaux permanents, contre 40 % en 2013 (graphique 3). Cette baisse concerne principalement les cliniques de MCO et de SSR. ■

Tableau Compte de résultat des cliniques privées entre 2009 et 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Chiffre d'affaires total (en milliards d'euros)	12 334	12 508	13 050	13 583	13 938	13 994
Nombre de cliniques	1 095	1 084	1 076	1 064	1 039	1 027
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	11,3	11,5	12,1	12,8	13,2	13,6
Achats et charges externes (en % du chiffre d'affaires), dont :	-45,1	-45,0	-45,3	-45,2	-44,8	-44,8
achats consommés	-17,4	-17,7	-17,4	-17,2	-16,7	-17,1
autres achats et charges externes	-27,8	-27,3	-27,9	-28,0	-28,1	-27,8
variation de stocks	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Frais de personnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	-43,8	-44,0	-43,9	-43,9	-43,3	-43,0
salaires bruts	-31,6	-31,2	-31,0	-31,2	-31,6	-31,3
charges sociales	-12,2	-12,8	-12,9	-12,8	-11,7	-11,6
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du chiffre d'affaires), dont :	-5,0	-5,0	-5,1	-5,3	-5,3	-5,1
impôts, taxes et versements assimilés	-5,9	-5,7	-5,7	-6,0	-5,9	-5,9
subvention d'exploitation	0,9	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7
Excédent brut d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	6,1	6,1	5,7	5,6	6,5	7,1
Autres opérations d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Dotations nettes aux amortissements (en % du chiffre d'affaires)	-1,8	-1,8	-2,1	-2,2	-2,2	-2,2
Résultat d'exploitation (en % du chiffre d'affaires)	4,2	4,4	3,7	3,5	4,3	4,9
Résultat financier (en % du chiffre d'affaires), dont :	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	0,0
produits financiers	0,7	0,6	1,0	0,9	0,6	0,8
charges financières	-1,1	-1,1	-1,3	-1,2	-0,9	-0,7
Résultat courant (exploitation + financier) [en % du chiffre d'affaires]	3,8	4,0	3,4	3,2	4,0	4,9
Résultat exceptionnel (en % du chiffre d'affaires), dont :	0,1	-0,2	1,1	0,1	-0,5	-0,1
produits exceptionnels	2,3	2,5	3,0	2,1	2,1	1,8
charges exceptionnelles	-2,1	-2,6	-1,9	-2,0	-2,7	-1,9
Participation des salariés (en % du chiffre d'affaires)	-0,4	-0,4	-0,4	-0,3	-0,4	-0,4
Impôts sur les bénéfices (en % du chiffre d'affaires)	-1,4	-1,4	-1,5	-1,2	-0,9	-0,9
Résultat net (en % du chiffre d'affaires)	2,1	2,0	2,6	1,8	2,2	3,5

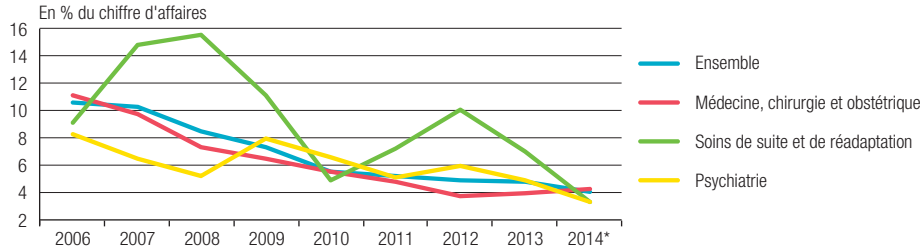
* Données provisoires.
Lecture > Rapportés au chiffre d'affaires, les produits sont positifs et les charges négatives. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à un chiffre.
Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), présentes dans la SAE.
Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2009-2014, calculs DREES.

Graphique 1 Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées entre 2006 et 2014



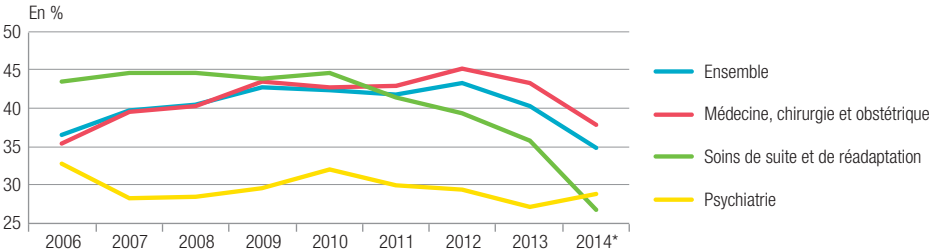
* Données provisoires
Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), présentes dans la SAE.
Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2014, calculs DREES.

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées entre 2006 et 2014



* Données provisoires
Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), présentes dans la SAE.
Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2014, calculs DREES.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des cliniques privées (en % des capitaux permanents)



* Données provisoires
Champ > Cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte), présentes dans la SAE.
Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2013, calculs DREES.

Champ

Les comptes des cliniques privées sont transmis aux tribunaux de commerce avec parfois du retard. Les données de 2014 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte) ayant déposé leurs liasses fiscales aux tribunaux de commerce. Ces chiffres ont été croisés avec l'enquête SAE 2014 afin de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées. Les données 2014 sont considérées comme provisoires et s'appuient sur un échantillon de 729 cliniques ayant déposé leurs comptes. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par une repondération des données, de rendre l'échantillon de cliniques représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie donne une estimation plus précise du chiffre d'affaires total des cliniques ainsi que des différents indicateurs financiers.

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, etc.
- **Capacité d'autofinancement (CAF)** : elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.
- **Chiffre d'affaires (CA)** : il correspond 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).
- **Excédent brut d'exploitation (EBE) ou marge d'exploitation** : solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. L'EBE est obtenu en soustrayant au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.
- **Résultat net comptable** : solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

Pour en savoir plus

- Yilmaz E., 2015, « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2013 », *Les Dépenses de santé en 2014, résultats des comptes de la santé – édition 2015*, Études et Statistiques, DREES.

Sources

Comptes des cliniques privées transmis aux tribunaux de commerce. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

33 La situation économique et financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif

En 2014, le déficit des établissements de santé privés d'intérêt collectif, anciennement sous dotation globale, se creuse. Il représente 0,7 % des produits totaux. Près de quatre établissements sur dix sont déficitaires. Les investissements représentent 5,3 % des produits totaux.

Les comptes financiers des établissements privés d'intérêt collectif sont déficitaires

En 2014, le résultat net des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), anciennement sous dotation globale (ex-DG), est déficitaire de 73,3 millions d'euros, soit 0,7 % des produits totaux (tableau). Le déficit s'est creusé après une relative amélioration depuis 2011. Cette détérioration des comptes concerne pratiquement tous les types d'établissements : pour les établissements pratiquant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), le déficit représente 1,2 % des produits, contre 0,3 % en 2013. Pour les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), les comptes financiers n'étaient pas déficitaires jusque-là, mais le deviennent légèrement en 2014. Enfin, la situation financière des établissements de psychiatrie est à l'équilibre en 2014, contre une situation excédentaire en 2013. En revanche, la situation des centres de lutte contre le cancer (CLCC) s'améliore en 2014 malgré une persistance du déficit.

Près de quatre ESPIC sur dix sont en déficit (graphique 1). Cette part d'établissements déficitaires augmente depuis 2012 pour toutes les catégories d'établissements à l'exception des établissements de psychiatrie pour lesquels près d'un établissement sur quatre est déficitaire en 2014. Pour les établissements de MCO et de SSR, cette part d'établissements déficitaires s'établit à 43 % en 2014.

En 2014, l'Assurance maladie finance 80 % des produits des ESPIC

Comme pour le secteur public, l'Assurance maladie finance en grande partie les ESPIC : 80 % des produits de ces établissements sont classés en titre 1 du budget principal. Cette part est assez homogène entre catégories d'établissements : elle varie de près de 77 % pour les CLCC à 85 % pour les établissements de psychiatrie (graphique 2). Les produits du titre 2, c'est-à-dire principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, constituent 6 % des recettes totales. Cette part est également relativement homogène, excepté pour les CLCC pour lesquels elle est moindre. Les autres produits (titre 3) représentent, quant à eux, 14 % des produits totaux.

La part des charges de personnel plus élevée dans le secteur psychiatrique

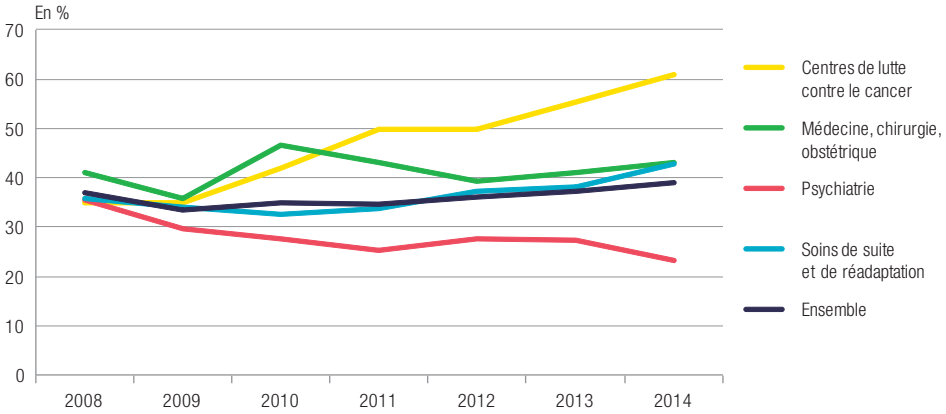
Les charges relatives au personnel (titre 1) représentent 63 % des charges du secteur en 2014 (graphique 3). Cette part est plus forte pour les établissements spécialisés en psychiatrie (75 %) et en SSR (70 %), et descend jusqu'à 51 % pour les CLCC. Cette faible part pour les CLCC s'explique par l'importance des charges à caractère médical en raison du coût élevé des médicaments pour les traitements du cancer : elles représentent 27 % des charges pour les CLCC, contre 19 % pour les établissements de MCO et autour de 5 % pour les établissements de psychiatrie et de SSR. Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) représentent 14 % des charges des ESPIC, variant de 11 % pour les CLCC à 17 % pour les établissements de SSR. Les amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles (titre 4) représentent 8 % des charges des ESPIC en 2014. Ces charges sont comprises entre 7 % pour les établissements de psychiatrie et 11 % pour les CLCC.

Tableau Excédent ou déficit des établissements de santé privés d'intérêt collectif entre 2008 et 2014

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble	**En millions d'euros**	**-9,9**	**-13,9**	**-63,4**	**-38,1**	**-29,0**	**-22,4**	**-73,3**
	En % des produits	**-0,1**	**-0,1**	**-0,6**	**-0,4**	**-0,3**	**-0,2**	**-0,7**
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	En % des produits	0,1	0,0	-0,3	-0,3	-0,5	-0,9	-0,5
Autres établissements privés à but non lucratif, dont :		-0,2	-0,2	-0,7	-0,4	-0,2	0,0	-0,7
médecine, chirurgie, obstétrique		-0,7	-0,5	-1,2	-0,9	-0,3	-0,3	-1,2
psychiatrie		0,5	-0,1	-0,3	-0,2	0,0	0,6	0,0
soins de suite de de réadaptation		0,5	0,4	0,0	0,5	-0,2	0,0	-0,2

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte).
Sources > ATIH-SAE, calculs DREES.

Graphique 1 Évolution de la part des établissements déficitaires entre 2008 et 2014



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte).
Sources > ATIH-SAE, calculs DREES.

En 2014, les investissements représentent 5,2 % des produits totaux

Depuis 2012, malgré une évolution erratique, le montant des investissements diminue et représente 5,3 % des recettes totales en 2014, contre 8,3 % en 2011. Cet effort d'investissement reste plus soutenu pour les CLCC (8,1 %) et dans une moindre mesure pour les établissements de SSR (6,3 %). Pour les établissements de MCO et de psychiatrie, les investissements ont représenté en 2014 respectivement 4,1 % et 3,7 % des recettes totales. ■

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte). Cette fiche porte sur les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) anciennement sous dotation globale (ex-DG). Les données financières sont issues de l'enquête Comptes financiers, réalisée par l'ATIH qui les collecte auprès des établissements de santé antérieurement sous dotation globale. En 2014, les données de 521 établissements sont étudiées. Les établissements sont classés en quatre catégories selon la nature de leur activité :

– les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ;
– les établissements pratiquant de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO) ;
– les établissements spécialisés en psychiatrie (PSY) ;
– les établissements spécialisés en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Ce classement a été réalisé à partir du croisement de ces données financières avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) qui fournit des informations sur l'activité des établissements de santé.

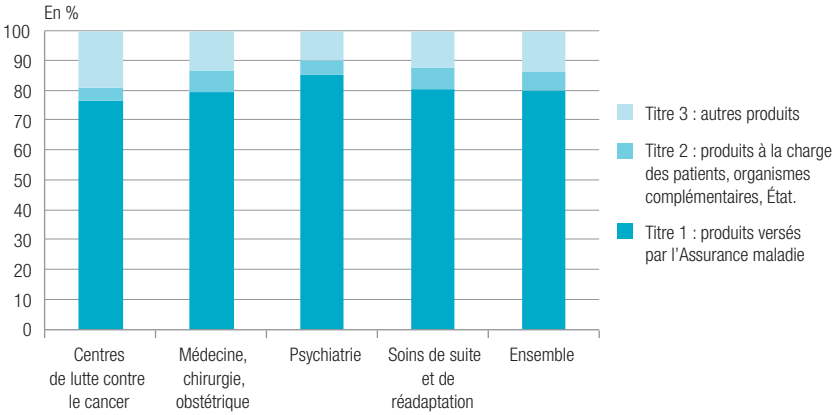
Définitions

- **Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), anciennement sous dotation globale (ex-DG)** : les différents statuts juridiques des établissements ainsi que leurs modes de financement sont présentés dans le chapitre 1 « Cadre juridique et institutionnel ».
- **Produits** : ils correspondent aux produits totaux définis par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les produits de l'activité hospitalière, les produits financiers et exceptionnels.
- **Budget principal** : il présente les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie.
- **Effort d'investissement** : il permet de rapporter le niveau de l'investissement au niveau de l'activité de l'établissement.

Sources

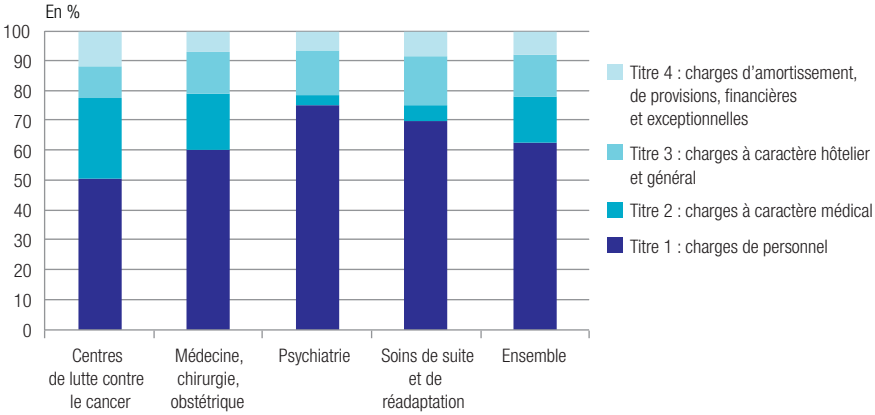
Enquête Comptes financiers, réalisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Graphique 2 Répartition des produits du budget principal en 2014



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte).
Sources > ATIH-SAE, calculs DREES.

Graphique 3 Répartition des charges du budget principal en 2014



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte).
Sources > ATIH-SAE, calculs DREES.

34 La situation économique et financière des hôpitaux publics

Les résultats relatifs à l'année 2014 indiquent une légère dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics : ceux-ci enregistrent un déficit de leur résultat net de près de 250 millions d'euros en 2014, soit environ 0,4 % des produits. Toutefois, ce niveau de déficit est moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011.

Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent en 2014

En 2014, les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent à nouveau. Ils enregistrent un déficit global de 250 millions d'euros, soit 0,4 % des produits (tableau). Toutefois, malgré ces résultats négatifs à la fois en 2013 et en 2014, le déficit reste d'ampleur moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011. En 2014, cette détérioration modérée du résultat net s'explique en grande partie, comme en 2013, par la dégradation du résultat d'exploitation, alors que celui-ci progressait chaque année depuis 2007 (graphique 1).

Les produits des établissements publics sont estimés à près de 75,2 milliards d'euros en 2014

En 2014, sur le budget global, les produits totaux hors rétrocession de médicaments poursuivent leur progression dynamique (+2,3 % en 2014 et +2 % en 2013). Ces produits atteignent 75,2 milliards d'euros, dont 66,1 milliards imputables au budget principal. Ce budget principal est ventilé en trois titres de produits et en quatre titres de charges. Avec un peu plus de 51 milliards d'euros, les produits versés par l'Assurance maladie (titre 1) ont augmenté de 2,3 % en 2014. Ils sont constitués principalement des produits de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2), retraçant principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, progressent de 1,5 % pour atteindre 5,6 milliards d'euros en 2014. Enfin, les autres produits (titre 3) augmentent de 4,3 % pour s'établir à 9,4 milliards d'euros. Ils correspondent, par exemple, aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement.

75,4 milliards d'euros de charges pour le secteur public en 2014

En 2014, les charges du secteur public sont estimées à 75,4 milliards d'euros, dont 88 % sont comptabilisés en budget principal. Comme en 2013, l'évolution des charges en 2014 est supérieure à celle des produits : +2,5 % pour les charges, contre +2,3 % pour les produits. La progression des charges s'explique par une augmentation des charges de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses. Pour le seul budget principal, ces charges s'élèvent à 44,1 milliards d'euros (titre 1), soit un accroissement de 2,7 % en 2014 contre +2,8 % en 2013. Les charges à caractère médical (titre 2) ainsi que les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) progressent respectivement de 4,1 % et 0,9 % en 2014 et atteignent respectivement 9,2 et 6,6 milliards d'euros pour le budget principal. Quant aux charges d'amortissements, frais financiers et charges exceptionnelles (titre 4), elles progressent en 2014 (+1,3 %) pour atteindre 6,6 milliards d'euros.

Les capacités d'autofinancement baissent en 2014

Les investissements représentent 4,8 milliards d'euros en 2014 et continuent de baisser. La part des dépenses d'investissement rapportées aux

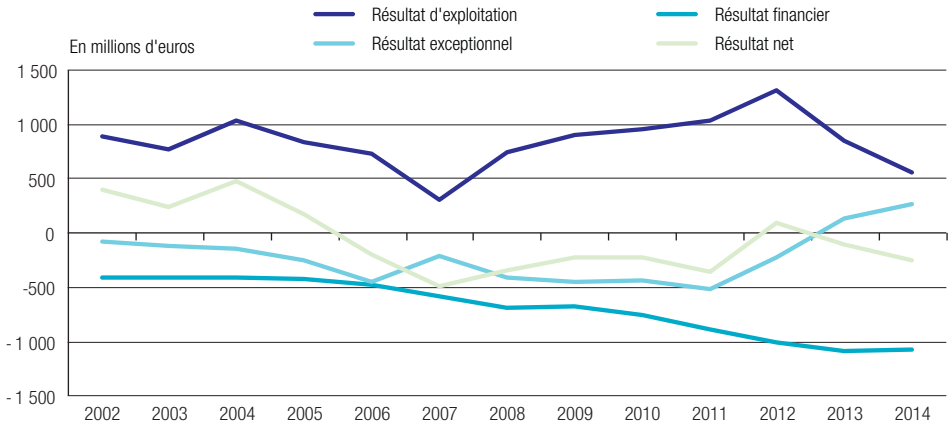
Tableau Excédent ou déficit des hôpitaux publics entre 2002 et 2014

En % des produits

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ensemble des hôpitaux publics	**0,9**	**0,5**	**1,0**	**0,3**	**- 0,4***	**-0,9**	**-0,6**	**-0,4**	**-0,4**	**-0,6**	**0,2**	**-0,2**	**-0,4**
Centres hospitaliers régionaux (CHR)													
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7*	-0,2	0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3	-0,1	-0,2
Autres centres hospitaliers régionaux	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9	-1,1	0,2	-0,3	-0,7
Autres centres hospitaliers (CH)													
Grands CH	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1	0,0	-0,3
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,7	-1,1	0,0	-0,7	-0,9
Petits CH	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,4	0,7	0,5
CH ex-hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,3	0,7	0,6
CH spécialisés en psychiatrie	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4	-0,1	0,0

* Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité économique de l'AP-HP en 2006 s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.
Note > 1 CH est devenu CHR en 2012.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFiP-SAE, calculs DREES.

Graphique 1 Compte de résultat des hôpitaux publics entre 2002 et 2014



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFiP-SAE, calculs DREES.

recettes produites par l'activité hospitalière s'établit à 7,1 % en 2014, contre 7,6 % en 2013 (graphique 2). Parallèlement à la diminution de l'effort d'investissement, l'encours de la dette des hôpitaux publics ralentit encore pour atteindre 29,3 milliards d'euros en 2014, dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Le taux d'indépendance financière, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), se stabilise autour de 50 % en 2014 (graphique 3). Avec la diminution des capacités d'autofinancement, le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, continue de se dégrader en 2014. Ce ratio s'établirait à 8,1 années en 2014 contre 7,6 années en 2013. ■

Champ

France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors le service de santé des armées (SSA). Le nombre d'établissements publics considérés dans cette étude s'élève à 900 en 2013. Seuls les produits hors rétrocession ont été retenus dans l'analyse.

Définitions

- Produits : ils correspondent aux produits totaux définis par les comptes commençant par le chiffre 7 de la nomenclature M21, soit en grande partie les produits de l'activité hospitalière, les produits financiers et exceptionnels.
- Les centres hospitaliers (CH) : ils sont classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits : les grands CH (plus de 70 millions d'euros), les CH moyens (entre 20 et 70 millions d'euros) et les petits CH (moins de 20 millions d'euros).
- Rétrocession de médicaments : les établissements publics ont la possibilité de vendre des médicaments à des patients. La rétrocession de médicaments recouvre leur délivrance par une pharmacie hospitalière à des patients qui ne sont pas hospitalisés.
- Le résultat d'exploitation fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement.
- Le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.
- Le résultat financier concerne les produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.
- Budget principal : il présente les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie.

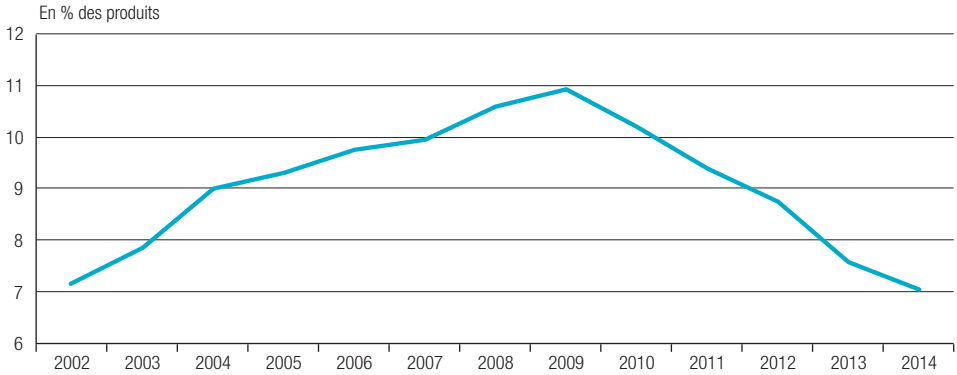
Pour en savoir plus

- Yilmaz E., 2014, « La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2013 et 2014 », *Les Dépenses de santé en 2014, résultats des comptes de la santé – édition 2015*, Études et Statistiques, DREES.

Sources

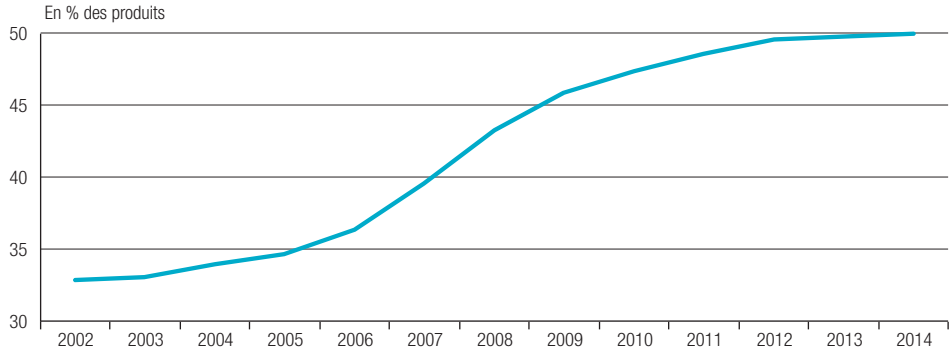
Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics. Les données de la DGFiP ont été croisées avec la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) afin de conserver dans le champ de l'étude uniquement les établissements sanitaires.

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics entre 2002 et 2014



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFiP-SAE, calculs DREES.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2014



Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFiP-SAE, calculs DREES.

Les sources de données

35 Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

• Description

Dès 1975, il existait une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés, renouvelée en 1985. La Statistique annuelle des établissements de santé en tant que telle a été mise en place en 1994 et refondue en 2000 et en 2013. Les objectifs de la première refonte étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs et de tenir compte de la mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information – médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). Les objectifs de la seconde refonte (en 2013) étaient d'améliorer la connaissance du système médical pour répondre aux besoins des utilisateurs, de permettre une analyse localisée de l'offre de soins et d'alléger la charge de réponse des établissements de santé en intégrant les informations sur l'activité des établissements de santé provenant du Programme de médicalisation des systèmes d'information pour les champs médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) et hospitalisation à domicile (PMSI-HAD). La SAE permet de rendre compte de l'organisation des soins, de caractériser de façon plus précise les établissements, de disposer d'indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation et d'avoir un recueil d'informations homogène entre les secteurs public et privé. La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (Métropole et DROM), incluant les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins[1]. Sont également compris les services des établissements de santé assurant la prise en charge sanitaire des détenus et les établissements du service de santé des armées (SSA). Les données des établissements du service de santé des armées sont intégrées dans les résultats depuis 2010, sauf indication contraire, et ce, à la différence des éditions précédentes. Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

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

Les bordereaux sur les activités de soins sont articulés autour de quatre parties : capacités, activité, équipement et personnel. Depuis la refonte de la SAE pour les données 2013, certaines données d'activité qui étaient jusque-là déclarées par les établissements sont préremplies au cours de la collecte de la SAE avec des données issues des PMSI-MCO et HAD (certaines étant modifiables par les établissements dans le questionnaire SAE, d'autres étant non modifiables). Les données validées par les établissements de santé en fin de collecte de la SAE sont intégralement mises à disposition sur le site de diffusion de la SAE (www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm) et sur le site data.drees (sous forme de bases de données). Par ailleurs, certaines données peuvent faire l'objet de retraitements statistiques dans le cadre d'études.

• Le mode d'interrogation de la SAE

De manière générale, depuis la refonte de 2013, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour les établissements publics et privés (exception faite de la psychiatrie), alors qu'à la refonte de 2000 le recueil de l'information s'effectuait au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics.

1. Les activités de soins d'assistance médicale à la procréation (AMP), de transplantations et prélèvements d'organes font l'objet de recueils d'informations distincts et ne sont pas concernées.

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous l'impulsion de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé. Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). En 1993 apparaît un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR) qui sera obligatoire pour les établissements publics à partir de 1997 avant d'être généralisé en 2003. Mis en place en 2005, le PMSI-hospitalisation à domicile (HAD) est exploité par la DREES depuis le millésime 2006. Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (après une première expérimentation) se met en place à partir de la fin 2006 (RIM-P).

Ces recueils portent sur l'activité suivie par séjour ou par semaine de prise en charge ; ils permettent également d'agréger des informations par patient grâce à une clé de chaînage (numéro anonyme permanent et unique attribué à chaque patient, basé sur le numéro de Sécurité sociale, la date de naissance, le sexe, etc.) qui permet de faire le lien entre les différentes hospitalisations d'un même patient. On se restreint alors aux patients pour lesquels cette clé ne contient pas d'erreur.

Le PMSI-MCO

• Le recueil PMSI-MCO

Le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour, depuis 1997. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique, MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit. Celui-ci fournit des informations qui déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales, d'une part, et de durée de séjour, d'autre part. Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), éventuellement complétées d'extensions ATIH pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM). La version 11f de la classification des GHM est utilisée dans cet ouvrage. La nomenclature des GHM en V11f comportant près de 2 600 postes, des regroupements ont été effectués en utilisant une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à regrouper les GHM en « groupes d'activité », eux-mêmes regroupés en « groupes de planification » puis en « domaines d'activité ». Ces groupes tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (par exemple, ophtalmologie, cardiologie, etc.) et de la nature de l'activité.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-MCO et la SAE

Le PMSI-MCO et la SAE sont appariés par la DREES afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. Cela permet également d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains de ces écarts peuvent notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité en MCO : certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, entre autres, n'y répondent pas. Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements au PMSI-MCO. Du fait de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI-MCO au fil du temps, en particulier depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ce redressement n'est plus nécessaire. En médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), les données d'activité et les durées de séjour présentées ici proviennent du PMSI. Les durées moyennes de séjour sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de plus de un jour, hors nouveau-nés restés près de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogène avec la SAE.

• Quelques nuances dans les définitions entre les deux sources

La mesure de l'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en « séjours » et en « journées ». La rénovation de la SAE au début

des années 2000 a eu notamment pour but de rapprocher ces concepts entre le PMSI-MCO et la SAE. Pour les fiches de cet ouvrage se basant sur le PMSI-MCO sont ainsi exclus du PMSI-MCO 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). Avec la nouvelle refonte de la SAE pour les données 2013, la convergence entre SAE et PMSI-MCO sur les concepts d'activité s'est encore renforcée, puisque les variables portant sur l'activité en MCO dans la SAE sont désormais préremplies grâce à des données issues du PMSI-MCO. Par exemple, les séjours comptabilisés dans la SAE correspondent désormais aux séjours terminés dans l'année, alors qu'auparavant la SAE mesurait les séjours commencés dans l'année, ce qui pouvait occasionner de légers écarts avec les séjours PMSI.

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

Des différences sensibles existent entre la SAE et le PMSI-MCO, dans les optiques retenues pour la répartition des séjours selon les différents modes d'hospitalisation et les différentes disciplines. Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation : on parle d'« hospitalisation complète » lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à un jour (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins de un jour), et d'« hospitalisation partielle » quand elle mobilise une place autorisée pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie – chirurgie ambulatoire. On s'appuie alors, pour préremplir certaines variables d'activité de la SAE, sur la répartition de l'activité du PMSI-MCO que permet le typage des unités médicales dans le PMSI, entre unités médicales d'hospitalisation complète et unités médicales d'hospitalisation partielle. Une autre optique est néanmoins envisageable à partir du PMSI-MCO, celle de définir le mode d'hospitalisation en fonction de la durée constatée du séjour. Celle-ci est alors mesurée en faisant la différence entre la date de sortie et la date d'entrée. Si l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, alors la durée sera nulle et le séjour sera classé en « hospitalisation partielle » quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Un séjour comportant au moins une nuit sera classé en « hospitalisation complète ». Cette optique est retenue dans cet ouvrage pour les fiches décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers et se basant uniquement sur le PMSI-MCO.

Classification des séjours selon les disciplines d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données pour la classification des séjours selon les disciplines d'équipement. Pour la répartition entre médecine et chirurgie, dans la SAE, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie ou obstétrique). Un séjour est « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré ; il est « 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, et se base là aussi sur le typage des unités médicales dans le PMSI, entre unités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique. Dans les fiches de cet ouvrage décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers, l'optique est davantage de décrire les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en « obstétrique » ; l'affectation se fera en séjour « chirurgical » si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de « médical ».

Pour ces deux types de répartition de l'activité (entre hospitalisation complète et partielle, d'une part, et entre médecine, chirurgie et obstétrique, d'autre part), les données du PMSI permettent de comparer les deux optiques possibles (celle de la SAE en termes de lieu d'hospitalisation grâce au typage des unités médicales, et celle en termes d'activité réalisée) [tableaux 1 et 2].

Tableau 1 Répartition du nombre de séjours selon le lieu d'hospitalisation et l'activité réalisée en 2014

En milliers

Lieux des hospitalisations (issus du typage des unités médicales)	Répartition des séjours selon l'activité réalisée (*via* le groupage GHM)			
	Chirurgie	Médecine	Activité interventionnelle (techniques peu invasives)	Obstétrique
Chirurgie	4 944	980	1 951	52
Médecine	369	5 276	1 028	27
Gynécologie-obstétrique	184	149	40	1 213
Dialyse	2	0	2	0
Urgence	1 032	13	8	2

Lecture > La majorité des séjours se déroulant dans une unité médicale de chirurgie se sont accompagnés d'un acte de chirurgie (4 944 milliers) ou d'un acte interventionnel (1 951 milliers) ; mais 980 milliers sont des séjours de médecine et 52 milliers des séjours d'obstétrique.
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH, PMSI-MCO 2014, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition du nombre de séjours selon le mode d'hospitalisation issu du typage des unités médicales et la durée effective du séjour (avec ou sans nuité) en 2014

En milliers

Modes d'hospitalisation (issus du typage des unités médicales)	Nombre total de séjours	Nombre de séjours de plus de un jour (avec nuité)	Nombre de séjours de moins de un jour (sans nuité)
Hospitalisation complète (HC)	10 731	9 558	1 173
Mixte (HC/HP)*	1 046	684	362
Hospitalisation partielle (HP)	5 495	57	5 437

* Lors du typage des unités médicales dans le PMSI, pour certaines unités médicales, le mode d'hospitalisation n'est pas prédéfini comme complet ou partiel et la possibilité est laissée aux établissements de définir le mode d'hospitalisation de l'unité médicale comme étant mixte entre hospitalisation complète et hospitalisation partielle (c'est le cas, par exemple, des unités de médecine gériatrique ou pédiatrique [UM 27 et 28]).
Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.
Sources > ATIH PMSI-MCO 2014, traitements DREES.

Il faut souligner qu'en revanche, pour répartir les capacités, la seule optique mobilisable est celle retenue dans la SAE qui les collecte. Ainsi, si l'on souhaite raisonner en termes de taux d'occupation des capacités, il faudra répartir l'activité et les capacités en se basant sur l'optique de la SAE.

Le PMSI-SSR

Le PMSI-SSR, apparié par la DREES avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation et de disposer chaque année, au niveau national et régional, d'une description des caractéristiques des patients. Depuis le décret du 17 avril 2008, les conditions techniques de fonctionnement et d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ont évolué. On ne distingue plus les soins de suite de ceux de rééducation et de réadaptation, mais une modalité unique d'activité en SSR qui peut se développer dans le cadre de plusieurs prises en charge : d'une part, les prises en charge spécialisées des conséquences fonctionnelles d'un certain nombre d'affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, etc.), d'autre part, les

prises en charge des populations (enfants, adolescents et personnes âgées).

• Le recueil PMSI-SSR

Le PMSI-SSR recueille depuis 2003, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation). La morbidité est détaillée grâce au recueil de la finalité principale de prise en charge (FPPC), de la manifestation morbide principale (MMP), de l'affection étiologique (AE), pour ce qui est de la morbidité principale, et des diagnostics associés (DAS) pour la morbidité secondaire. La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les RHS dans des catégories majeures (CM), puis des groupes nosologiques (GN) à partir de tests effectués sur les trois variables diagnostiques de la morbidité citées ci-dessus. Lorsque le GN est déterminé, le RHS est orienté dans des racines de groupes médico-économiques (RGME), puis des groupes médico-économiques (GME), selon l'âge du patient, la dépendance physique ou cognitive, les actes pratiqués, la date d'intervention chirurgicale, etc. La nomenclature utilisée pour le codage des variables de morbidité est la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la classification commune des actes médico-techniques (CCAM) pour les actes médico-techniques et le catalogue des activités de rééducation-réadaptation (CSARR) pour les actes de rééducation-réadaptation. Ce dernier a été publié en 2012 et a été utilisé exclusivement pour décrire et coder l'activité des professionnels concernés dans les établissements de SSR dans le PMSI-SSR depuis 2013.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-SSR et la SAE

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI- SSR sont rapprochées par la DREES de celles de la SAE pour mettre en regard les données d'activité, de capacité, d'équipement et de personnel des deux sources. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation : en 2014, la couverture du PMSI-SSR est quasi exhaustive, à neuf établissements près. Par ailleurs, depuis 2013, on considère que les structures ne fournissant pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale de SSR (0,1 % des journées) et on ne pondère plus le PMSI pour corriger la non-réponse. Le recueil PMSI fournit des indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour. Les durées de séjour sont recalculées à partir de ces informations.

• Calcul des journées : les différences entre PMSI et SAE

Comme avec le PMSI-MCO, des écarts peuvent exister au niveau de la mesure de l'activité, en particulier car la SAE mesure les séjours commencés dans l'année alors que le PMSI-SSR concerne les séjours terminés dans l'année. Dans certains cas, le décompte des journées diffère entre les deux sources, notamment sur le jour de sortie de l'établissement d'hospitalisation en SSR : dans le cas du transfert d'établissement d'un patient ou dans le cas de la mutation d'un patient dans un autre service que les SSR, le PMSI-SSR compte le jour du transfert ou de cette mutation à la fois dans l'unité de départ et dans l'unité d'accueil, alors que la SAE ne le compte qu'une fois. En revanche, le décompte est le même entre le PMSI-SSR et la SAE dans le cas de mutation de patients au sein du champ SSR dans la même structure hospitalière, en cas de décès du patient ou de son retour au domicile.

Le PMSI-HAD

• Le recueil PMSI-HAD

Le PMSI-HAD permet de mesurer l'activité des structures d'HAD et de disposer chaque année, au niveau national et régional, d'une description des caractéristiques des patients (sexe, âge et lieu de résidence), du diagnostic principal et des traitements prescrits lors du séjour, et ce, depuis 2005. Les informations fournies déterminent le classement de chaque séjour dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC). À chaque GHPC est associée une pondération qui module le tarif journalier en HAD en fonction de la durée du séjour.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-HAD et la SAE

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-HAD sont rapprochées

de celles de la SAE par la DREES afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures pratiquant l'HAD : en 2014, la couverture du PMSI-HAD est quasi exhaustive, à cinq établissements près. Par ailleurs, les structures ne fournissant pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale d'HAD. En outre, afin de corriger la non-réponse sur certaines variables, d'autres traitements sont effectués sur les caractéristiques individuelles, notamment sur les prises en charge liées à la périnatalité et les incohérences entre âge du patient et mode de prise en charge principal. Enfin, les durées de séjour sont recalculées.

Le PMSI-psychiatrie (RIM-P)

Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P), équivalent du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI MCO), a été mis en place en 2006 puis généralisé en 2007 par l'ATIH à l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Il fournit une description médicale détaillée de l'activité psychiatrique en distinguant trois natures de prise en charge : l'hospitalisation à temps complet, l'hospitalisation à temps partiel et l'ambulatoire (consultations et soins externes). Le recueil repose sur la collecte de données concernant les caractéristiques des patients suivis par ces établissements (âge, sexe, pathologies, etc.) ainsi que de leurs modalités de prise en charge.

Les prises en charge hospitalières à temps complet et à temps partiel (réalisées dans les établissements publics et privés) sont décrites à travers des séjours enregistrés au moyen d'un ou de plusieurs résumés appelés « séquences ». Les prises en charge ambulatoires (réalisées dans des établissements publics et des établissements privés d'intérêt collectif [ESPIC]) sont décrites à travers des actes en fonction de leur nature, du lieu de réalisation et du type d'intervenant.

Les Déclarations annuelles de données sociales (DADS)

• Description

La Déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative, commune aux administrations sociales et fiscales, que toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année doit remplir. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro SIRET, code APE, nombre de salariés inscrits au 31 décembre, montant total des rémunérations annuelles, etc.) et des mentions particulières à chaque salarié (âge, sexe, nature de l'emploi, type de contrat, périodes d'emploi, nombre d'heures salariées, montant des rémunérations avant et après déduction des cotisations sociales). Le fichier statistique qui en est issu, appelé DADS Grand Format, permet notamment d'observer l'emploi et les rémunérations versées dans les établissements de santé, publics et privés.

• Le système d'information des agents du secteur public

Le Système d'information des agents du secteur public (SIASP) est une source d'information spécifique aux trois fonctions publiques. Ces données, produites par l'INSEE, sont exploitées par la DREES sur le champ de la fonction publique hospitalière (FPH). SIASP intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, notamment liés au statut de l'agent : grade, échelon, indice, etc. Auparavant traitées de la même manière que les données du secteur privé, les données relatives à la FPH sont, depuis 2009, incluses dans le dispositif SIASP, ce qui implique une rupture de série. La nomenclature des emplois hospitaliers (NEH) présente dans SIASP est une nomenclature statutaire de la FPH. Au même titre que la nomenclature des emplois territoriaux (NET) pour la fonction publique territoriale ou la nouvelle nomenclature des emplois (NNE) pour la fonction publique d'État, la NEH permet d'observer finement l'emploi et les salaires par corps, grades et catégories de la fonction publique hospitalière.

• Concepts

Poste : Au sens des DADS Grand Format et de SIASP, un poste correspond à une personne dans un établissement. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel

dans plusieurs établissements distincts ont donc plusieurs postes. Cette notion de poste permet ainsi de recenser l'ensemble des personnes en emploi (hors intérimaires) au cours d'une année et de décrire cette période d'emploi (nombre d'heures travaillées, début et fin de la période d'emploi, durée de la période d'emploi). La durée du poste sert de pondération dans le calcul du salaire moyen sur l'année des personnels à temps plein. À partir de la notion de poste et des variables de durée, on peut construire des statistiques d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents le 31 décembre de l'année pour aboutir à une statistique d'effectifs, soit en rapportant le nombre d'heures travaillées d'un poste à la durée de travail réglementaire pour obtenir un volume d'activité en équivalent temps plein (ETP). Ainsi, la statistique de poste est plus générale que les notions d'effectifs de la SAE et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si, par exemple, au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, on recensera deux postes (un dans chaque établissement) dans les DADS Grand Format ou dans SIASP, un seul finissant au 31 décembre, mais au sens de la SAE, on recensera un seul emploi présent au 31 décembre dans le second établissement. Avant la refonte de la SAE en 2013, les effectifs étaient comptabilisés comme le nombre de personnes physiques sous contrat en décembre et les ETP étaient calculés pour les personnels rémunérés en décembre. À partir de 2013, on compte les effectifs comme le nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre et les ETP sont des ETP moyens annuels (moyenne des ETP moyens mensuels).

Par ailleurs, le champ de SIASP et des DADS Grand Format est plus large que celui de la SAE, à partir de l'exercice 2011. SIASP et les DADS Grand Format recensent l'ensemble des emplois des entités juridiques sanitaires, tandis que la SAE comptabilise le personnel des établissements sanitaires uniquement, à l'exclusion des emplois des établissements médico-sociaux et de formation dépendant d'entités juridiques sanitaires.

Condition d'emploi : un poste est dit « à temps complet » (ou temps plein) dans SIASP si le salarié effectue le nombre d'heures journalier conforme à la durée légale. Un poste est dit « à temps partiel » dans les autres cas (sous condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables).

Salaire net annuel moyen (SNA) : il est calculé à partir du revenu net fiscal disponible dans les sources en entrée des DADS Grand Format ou de SIASP. Il est net de toutes cotisations sociales, y compris la CSG (contribution sociale généralisée) et la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale). Pour chacun des postes, le salaire est donné en équivalent temps plein (ETP), ce qui correspond à ce qu'aurait perçu le salarié s'il avait travaillé toute l'année à temps plein. Les moyennes sont obtenues en pondérant les salaires annualisés par les ETP, c'est-à-dire au prorata de la durée et de la quotité travaillées de chaque poste. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 euros par an. Le salaire net annuel moyen correspond au salaire net moyen versé par les établissements.

Données comptables des établissements de santé

Les données comptables et financières des établissements de santé sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP) pour les entités juridiques des hôpitaux publics et par la société Ellisphere pour les cliniques privées à but lucratif. Ces dernières déposent leurs liasses fiscales auprès des tribunaux de commerce. Pour les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC), ce sont les données de l'enquête Comptes financiers, réalisée par l'ATIH, qui sont utilisées. ■

Dans cette publication, et sauf mention contraire, les données sur les capacités, quelle que soit la discipline, et les données sur les activités de psychiatrie, et de soins de longue durée sont issues de la SAE. Les données sur l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique et de soins de suite et de réadaptation, les caractéristiques des séjours sont, elles, issues du PMSI-MCO et du PMSI-SSR. Les séances ne sont pas comptabilisées dans l'activité en hospitalisation complète ou partielle, de même que les consultations.

3

Vue d'ensemble

Fiches thématiques

Annexe

Annexe
Liste des sigles

A

AC : aide à la contractualisation
AE : affection étiologique
AHU : assistant hospitalier universitaire
ALD : affection de longue durée
AME : aide médicale d'État
AMP : assistance médicale à la procréation
APE (code) : activité principale exercée
AP-HM : Assistance publique-Hôpitaux de Marseille
AP-HP : Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
ARS : agence régionale de santé
ASH : agent de service hospitalier
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVQ : activités de la vie quotidienne

C

CA : chiffre d'affaires
CAF : capacité d'autofinancement
CASF : code de l'action sociale et des familles
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCA : chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCMU : classification clinique des malades aux urgences
CdARR : Catalogue des activités de rééducation-réadaptation
CDD : contrat à durée déterminée
CH : centre hospitalier
CHR : centre hospitalier régional
CHS : centre hospitalier spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales
CHU : centre hospitalier universitaire
CICE : crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
CIM : classification internationale des maladies
CLCC : centre de lutte contre le cancer
CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales
CM : catégorie majeure
CMC : catégorie majeure clinique
CMD : catégorie majeure de diagnostic
CMP : centre médico-psychologique
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRDS : contribution au remboursement de la dette sociale
CSARR : Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CSG : Contribution sociale généralisée
CSP : Code de la santé publique
CPEF : centre de planification ou d'éducation familiale

D

DAC : dotation annuelle complémentaire
DADS : Déclarations annuelles de données sociales
DAF : dotation annuelle de financement
DAH : durée annuelle d'hospitalisation
DAS : diagnostic associé
DG : dotation globale
DGAFP : Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGFiP : Direction générale des finances publiques
DMI : dispositifs médicaux implantables
DMS : durée moyenne de séjour
DROM : départements et régions d'outre mer

E

EBE : excédent brut d'exploitation
ECN : épreuves classantes nationales
EJ : entité juridique
EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSP : équipe mobile de soins palliatifs
ENC : études nationales de coûts
ES : établissements de santé
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ET : établissement géographique
ETP : équivalent temps plein
FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

F

FFI : faisant fonction d'interne
FHF : Fédération hospitalière de France
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR : Fonds d'intervention régional
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FPH : fonction publique hospitalière
FPPC : finalité principale de prise en charge

G

GCS : groupement de coopération sanitaire
GHJ : groupe homogène de journées
GHM : groupe homogène de malades
GHPC : groupe homogène de prises en charge
GHS : groupe homogène de séjours
GHT : groupement hospitalier de territoire
GMD : groupe de morbidité dominante
GME : groupes médico-économiques
GN : groupes nosologiques
GRSP : groupement régional de santé publique

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HPST (loi) : Hôpital, patients, santé, territoires
ICA-BMR : indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes
ICALIN.2 : indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2
ICA-LISO : indicateur composite de lutte contre les infections du site opératoire
ICSHA.2 : indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains version 2
IFAQ : incitation financière à l'amélioration de la qualité

I

IMG : interruption médicale de grossesse
IN : infections nosocomiales
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IRM : imagerie par résonance magnétique
IVA : indice de valorisation de l'activité
IVG : interruption volontaire de grossesse

L

LFSS : loi de financement de la Sécurité sociale
LMSS : loi de modernisation de notre système de santé

M

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie
MCU-PH : maître de conférences des universités-praticien hospitalier
MECS : maison d'enfants à caractère sanitaire
MERRI : mission d'enseignement, recherche, référence et innovation
MIG : mission d'intérêt général
MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MMP : manifestation morbide principale
MRS : mission régionale de santé
MSA : Mutualité sociale agricole
MSP : mission de service public

N

NEH : nomenclature des emplois hospitaliers
NET : nomenclature des emplois territoriaux
NNE : nouvelle nomenclature des emplois

O

OAP : outil d'analyse PMSI
ODMCO : objectif national des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national des dépenses d'Assurance maladie
OQN : objectif quantifié national
ORL : oto-rhino-laryngologie

P

PACA : Provence-Alpes – Côte d'Azur
PH : praticien hospitalier
PHU : praticien hospitalier universitaire
PMI : protection maternelle infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS : projet régional de santé
PSPH : participant au service public hospitalier
PSRS : plan stratégique régional de santé
PU-PH : professeur des universités-praticien hospitalier

R

RAPSY : rapports d'activité de psychiatrie
RHA : résumé hebdomadaire anonyme
RHS : résumé hebdomadaire standardisé
RIM-P : recueil d'information médicale en psychiatrie
RSI : Régime social des indépendants
RSS : résumé de sortie standardisé

S

SAE : Statistique annuelle des établissements
SAMU : service d'aide médicale urgente
SE : Sécurité-environnement
SIRET (numéro) : Système informatique pour le répertoire des entreprises sur le territoire
SIASP : Système d'information des agents du secteur public
SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation
SNA : salaire net annuel moyen
SNIIRAM : système national d'information interrégimes d'assurance maladie
SPH : service public hospitalier
SROS : schéma régional d'organisation des soins
SROSM : schéma régional d'organisation médico-social
SRS : schéma régional de santé
SSA : service de santé des armées
SSAD : service de soins et d'aide à domicile
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation

T

T2A : tarification à l'activité
TEP : tomographe à émission de positons
TJP : tarif journalier de prestation

U

USLD : unité de soins de longue durée

V

VIH : virus d'immuno déficience humaine

Achevé d'imprimer au mois d'août
sur les presses de l'Imprimerie de la Centrale – 62302 Lens
Dépôt légal : 3e trimestre 2016

PANORAMAS

Les établissements de santé

ÉDITION 2016

En 2014, plus de 3 000 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, les structures hospitalières s'adaptent et modifient en profondeur leurs modes d'intervention et leur organisation.

Les établissements de santé donnent les chiffres clés de ce secteur qui doit répondre simultanément à des besoins très différents. Les capacités et l'activité des hôpitaux sont détaillées, ainsi que leurs disciplines spécifiques et leur personnel, médical et non médical.

Cet ouvrage présente également des éléments de cadrage économique, financier et juridique de ces différentes structures.

Dans la même collection SANTÉ

> La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties
> Les dépenses de santé
> Portrait des professionnels de santé

www.drees.social-sante.gouv.fr

Drees
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

ISBN : 978-2-11-139567-1 • ISSN : en cours • Éditions Dicom 16-055 • Diffusion S 16-081 • Juillet 2016